



DOSSIER DE SAISINE ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAJET

Dossier de
saisine
Version 1
23/07/2012
Nbre de
pages : 8

TYPE DE SAISINE

Accident de service

Accident de trajet

Date :

INITIATEUR DE LA DEMANDE

La collectivité à la demande de l'agent


La collectivité directement


COLLECTIVITE

Nom :

Adresse :

Nom du gestionnaire du dossier :

 (Tel) :

 (Mail) :

AGENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom et prénom de l'agent :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :

Grade :

DOCUMENTS À COMPLETER	
Formulaire « Autorité territoriale »	<input type="checkbox"/>
Formulaire « Agent »	<input type="checkbox"/>
Rapport hiérarchique	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTS À FOURNIR	
Copie du certificat médical initial détaillé <i>→ Nature des lésions – Nombre de jours d'arrêt</i>	<input type="checkbox"/>
Copie des certificats médicaux de prolongation et certificat médical final	<input type="checkbox"/>
Comptes-rendus des examens médicaux <i>→ Radios, IRM, scanner, compte-rendu opératoire...</i>	<input type="checkbox"/>
Dans le cas d'un accident de circulation, joindre une copie du constat amiable ou une copie du PV de police ou gendarmerie	<input type="checkbox"/>
Expertise d'un médecin agréé dans le cadre d'une rechute	<input type="checkbox"/>
CAS PARTICULIERS – PIÈCES COMPLÉMENTAIRES	
Reprise et Temps partiel thérapeutique	
Courrier du médecin traitant <i>→ Quotité et durée dans le cas de temps partiel thérapeutique</i>	<input type="checkbox"/>
Demande de l'agent	<input type="checkbox"/>
Aménagement de poste –et reclassement	
Nouvelle fiche de poste	<input type="checkbox"/>
Demande de l'agent	<input type="checkbox"/>
Expertise d'un médecin agréé (si reclassement)	<input type="checkbox"/>
Rapport du médecin de prévention	<input type="checkbox"/>

FORMULAIRE AUTORITE TERRITORIALE

Monsieur (Le maire ou le Président) :
Collectivité ou Etablissement Public :
.....
.....

Objet : Saisine de la Commission de Réforme

J'ai l'honneur de vous faire parvenir le dossier de « **Monsieur ou Madame** » afin d'obtenir l'avis de la Commission Départementale de Réforme sur :

- Cocher le ou les options correspondantes
- L'imputabilité au service de l'accident
 - La prolongation de son arrêt
 - La prolongation des soins
 - La reprise de son activité à plein temps
 - L'octroi ou prolongation d'un temps partiel thérapeutique
 - L'aptitude à reprendre ses fonctions
 - Un aménagement de son poste de travail
 - L'avis sur un reclassement professionnel
 - La guérison ou consolidation sans IPP
 - L'octroi d'une IPP de 10% ou plus suite à accident de service
 - La rechute (accident de service/trajet/maladie professionnelle)
 - L'avis sur expertise
 - Une cure thermale
 - La demande d'assistance d'une tierce personne
 - Autre cas, préciser
-

Veuillez trouver ci-joint les pièces constitutives du dossier.

Fait à :

Le :

Le Maire ou Le Président

FORMULAIRE AGENT

Je, soussigné (NOM - Prénom) :

Employé par (Collectivité ou Etablissement public) :

.....

Domicilié à :

.....

.....

Certifie que le (date) :

J'ai été victime d'un :

Accident de trajet

Accident de service

Dans les circonstances **détaillées** suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le.....

Signature de la victime :

RAPPORT HIERARCHIQUE

EMPLOYEUR

COLLECTIVITE :

Adresse de la collectivité :

.....

.....

VICTIME

Accident de trajet Accident de service

NOM et Prénom de l'agent :

NOM de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse de l'agent :

.....

.....

Catégorie :	Echelon :
Filière	
Grade	
Date d'entrée dans la FPT	
Date de mise en stage :	Date de titularisation :

RECAPITULATIF DES ACCIDENTS DE SERVICE/TRAJET/MALADIES PROFESSIONNELLES DE L'AGENT

Date de l'accident ou maladie	Arrêts supérieurs à 15 jours*	Guérison ou Consolidation	Attribution d'un taux IPP	Nature et siège des lésions
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	

