

**DOCUMENTS A TELECHARGER**  
**POUR UNE SAISINE EN LIEN AVEC UNE**  
**UNE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE**

**SOMMAIRE (\*)**

1. Dossier administratif ATI (page 3)
2. Rapport médical ATI (page 13)
3. Documents complémentaires ATI (page 24)
  - . Rapport hiérarchique – accident de service (page 25)
  - . Rapport hiérarchique – accident de service (page 27)
  - . Rapport hiérarchique – accident de service (page 30)
  - . Accord d'IPP de l'agent (page 32)

(\*) Ces documents sont également via le lien <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/ATIACL/la-constitution-dun-dossier-atiac>

## **DOSSIER ADMINISTRATIF ATI**

# ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES (ATIACL)

## Première demande / Nouvel évènement

### Liste des pièces à fournir obligatoirement

- Un relevé d'identité bancaire (BIC/IBAN) récent établi au nom de l'agent (ou compte joint) .....
- Le présent dossier administratif ATIACL complété, daté et signé .....
- Le(s) rapport(s) hiérarchique(s) de chaque évènement .....
- Le certificat médical initial de chaque évènement<sup>1</sup> .....
- L'intégralité du rapport médical du médecin agréé fixant la consolidation et le(s) taux d'IPP ....
- Le procès-verbal du conseil médical statuant sur la consolidation et le(s) taux d'IPP .....

#### Pour les accidents de trajet :

- Un plan (type carte routière) indiquant les lieux du travail, du domicile et de l'accident .....

#### Pour les maladies professionnelles :

- Un rapport de la médecine du travail ou de prévention .....

#### *Liste des pièces facultatives :*

- *Le certificat médical final* .....
- *La fiche du poste occupé par l'agent au moment de la déclaration de l'évènement* .....

<sup>1</sup> Il n'est pas nécessaire de joindre les certificats médicaux de prolongation.

## Révision quinquennale / Révision radiation des cadres

### Liste des pièces à fournir obligatoirement

- L'intégralité du rapport médical du médecin agréé fixant le(s) taux d'IPP .....
- Le procès verbal du conseil médical .....
- L'arrêté ou la décision d'attribution visant le PV de conseil médical .....

## Révision sur demande

### Liste des pièces à fournir obligatoirement

- L'intégralité du rapport médical du médecin agréé fixant la consolidation et le(s) taux d'IPP .....
- La demande de révision datée et signée par l'agent avec présence du cachet de la collectivité et de la date d'arrivée de la demande OU d'une attestation indiquant la date d'arrivée de la demande .....
- Le procès-verbal du conseil médical .....
- L'arrêté ou la décision d'attribution visant le PV de conseil médical .....

## IDENTIFICATION DE L'AGENT

Monsieur

Madame

Date de naissance\*

Numéro de sécurité sociale\*

Nom de naissance\*

Nom d'usage\*

Prénom\*

Adresse\*

Code Postal\*

Commune\*

Date d'entrée dans la  
collectivité\*Agent actuellement en  
détachement\*Oui Non Date de nomination en  
qualité de stagiaire\*Si oui, fonction  
publique d'origineFPE FPT/FPH 

Date de titularisation\*

Fonction publique  
d'accueilFPE FPT/FPH 

Emploi et grade\*

Date de radiation des cadres

Motif

L'agent a-t-il soldé des congés légaux avant  
sa radiation des cadres (congés annuels,  
RTT, CET, etc.) ?Oui Non 

Si oui, quel(s) congé(s) et à quelle(s) date(s) ?

L'agent bénéficie-t-il déjà d'une ATIACL ?\*

Oui Non 

N° dossier

L'agent bénéficie-t-il d'une ATI-ETAT ?\*  
(Dans l'affirmative, fournir le justificatif d'attribution  
ainsi que le rapport hiérarchique)Oui Non 

N° dossier

## IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

<b>Raison sociale*</b>	
<b>Numéro SIREN - SIRET*</b>	
<b>Adresse*</b>	
<b>Code Postal*</b>	
<b>Commune*</b>	
<b>Nom de l'agent instruisant le dossier*</b>	
<b>Service instructeur*</b>	
<b>Téléphone*</b>	
<b>Poste*</b>	
<b>Adresse e-mail*</b>	

## DEMANDE D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

Je soussigné(e), M \_\_\_\_\_, ai l'honneur de solliciter le bénéfice d'une allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, accordée aux fonctionnaires stagiaires ou titulaires, en vertu des dispositions prévues par le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005<sup>1</sup>.

J'ai été accidenté(e) le(s)

Je suis atteint(e) d'une ou plusieurs maladie(s) d'origine(s) professionnelle(s) constatée(s) le(s)

Fait à \_\_\_\_\_, le

(Signature de l'agent)

<sup>1</sup> (Art. 3) La demande doit être généralement établie dans le délai d'un an à compter de la date de reprise des fonctions ou de la date de consolidation. Si une demande a été antérieurement formulée sur papier libre, la joindre au dossier.

## DECISION DE L'EMPLOYEUR

### ARRÊTE ou DECIDE<sup>1</sup> l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité

Le \_\_\_\_\_<sup>2</sup>,

Vu le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005,

Vu l'avis du conseil médical du \_\_\_\_\_<sup>3</sup>,

Sous réserve de l'avis conforme de la Caisse des dépôts et consignations prévu à l'article 6 du décret du 2 mai 2005,

### ARRÊTE ou DECIDE

Qu'il est attribué à :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ NIR : \_\_\_\_\_

qui a repris ses fonctions le \_\_\_\_\_ une allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales dans les conditions prévues par les textes susvisés.

A \_\_\_\_\_, le

(Signature et cachet)

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile : décision pour les collectivités hospitalières, arrêté pour les collectivités territoriales

<sup>2</sup> Autorité ayant pouvoir de nomination

<sup>3</sup> Retenir la date de la séance du conseil médical ayant statué sur le taux d'invalidité et la date de consolidation

## RECAPITULATIF DE L'ENSEMBLE DES ARRETS DE TRAVAIL

Dates des accidents ou maladies professionnelles <sup>1</sup>	Dates des arrêts de travail		Motifs (CAT, CLM, CMO, CLD, congés, etc..)	Date de reprise effective (A compléter obligatoirement)
	Du	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt		Le
	Au			ou <input type="checkbox"/> non repris
	Du	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt		Le
	Au			ou <input type="checkbox"/> non repris
	Du	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt		Le
	Au			ou <input type="checkbox"/> non repris
	Du	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt		Le
	Au			ou <input type="checkbox"/> non repris
	Du	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt		Le
	Au			ou <input type="checkbox"/> non repris
	Du	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt		Le
	Au			ou <input type="checkbox"/> non repris
	Du	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt		Le
	Au			ou <input type="checkbox"/> non repris
	Du	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt		Le
	Au			ou <input type="checkbox"/> non repris

Le représentant de la collectivité employeur certifie l'exactitude des renseignements contenus dans le présent dossier.

A \_\_\_\_\_, le  
 Signature et cachet de l'autorité hiérarchique)

<sup>1</sup> Accidents(s) ou de maladie(s) d'origine professionnelle concernant le présent dossier

## Événement impliquant un tiers

Formulaire à compléter en cas d'événement (ex : accident) impliquant un tiers responsable. Joindre la copie du procès-verbal de police ou du constat amiable éventuellement en votre possession.

### Information sur la victime

Nom de naissance	_____
Nom d'usage	_____
Prénom	_____

### Information sur l'événement

Date de l'événement	_____	Nom du tiers en cause	_____
Nom et adresse de la compagnie d'assurance du tiers en cause	_____		
N° de sinistre dans les écritures de cette compagnie	_____		
N° de police	_____		

### Action judiciaire

Une action judiciaire a-t-elle été engagée	Oui <input type="checkbox"/> (compléter les rubriques ci-dessous) Non <input type="checkbox"/>
Dénomination et adresse du tribunal saisi	_____
Nom et adresse de votre avocat	_____
Nom et adresse de l'avocat de la victime	_____

### Avez-vous informé la victime de ses obligations ?

En application des dispositions combinées de l'ordonnance n° 59.76 du 7 janvier 1959 modifiée et de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985, la Caisse des dépôts est subrogée dans les droits de la victime.

Si la victime engage une action judiciaire contre le tiers responsable, elle doit appeler en déclaration de jugement commun la Caisse des dépôts, à peine de nullité du jugement fixant l'indemnité.

Si la victime engage un règlement amiable avec l'assureur du tiers, elle doit inviter la Caisse des dépôts à y participer, à peine d'inopposabilité de la transaction.

**Relevé d'identité bancaire (BIC/IBAN) récent établi au nom de l'agent ou compte joint**



Merci d'agrafer sur cette page un RIB ou une photocopie d'un RIB (**document original ou copie d'un original**)

Ce formulaire doit être envoyé de préférence par voie postale, afin d'assurer la sécurité des informations personnelles qu'il contient.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de responsable de traitement (ci-après désignée Caisse des Dépôts). Les données collectées ont pour finalité Liquider les droits à invalidité et à compensation du handicap. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public à laquelle la Caisse des Dépôts est soumise. Vos données sont conservées selon les modalités suivantes :

- Le contrat d'un ayant-cause (1) est à conserver 10 ans après le décès de l'auteur et jusqu'à 105 ans après sa naissance.
- Le contrat d'un auteur est à conserver 10 ans après son décès, jusqu'à 105 ans après sa naissance et tant qu'un contrat d'un ayant-cause est encore conservé.
- Les données propres de l'auteur sont à conserver tant qu'il reste un contrat conservé rattaché à ce dernier.

Vos données ne seront transmises qu'aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Le traitement de vos données personnelles ne donne lieu à aucun transfert hors de l'Union Européenne. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier.

Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à [mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr](mailto:mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr) ou par écrit à l'adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des citernes – 33059 BORDEAUX CEDEX. Certaines demandes de droits (accès, rectification, limitation) nécessitent la fourniture d'une pièce d'identité valide. Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies/notice-information-gestion-des-retraites>. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l'adresse <http://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donneespersonnelles>. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente (CNIL).

# **RAPPORT MEDICAL ATI**

# RAPPORT MEDICAL

<b>Monsieur</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Madame</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Date de naissance*</b>	
-----------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------------	--

<b>Numéro de sécurité sociale*</b>	
<b>Nom de naissance*</b>	
<b>Nom d'usage*</b>	
<b>Prénom*</b>	
<b>Emploi et grade*</b>	

<b>Date de radiation des cadres</b>		<b>Motif</b>	
-------------------------------------	--	--------------	--

<b>L'agent bénéficie-t-il déjà d'une ATIACL ?*</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Chaque événement doit faire l'objet d'un nouvel examen et d'une réévaluation des taux d'IPP à la date de consolidation du dernier événement
	Non	<input type="checkbox"/>	

<b>Raison sociale et adresse de la collectivité employeur*</b>	
<b>Code Postal*</b>	
<b>Commune*</b>	

Dates des accidents ou maladies professionnelles en cause*	Date de consolidation retenue sur le certificat médical final* (à joindre)	Dates des arrêts de travail quel qu'en soit le motif*	Date de reprise effective*
		Du Au	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt Le ou <input type="checkbox"/> non repris
		Du Au	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt Le ou <input type="checkbox"/> non repris
		Du Au	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt Le ou <input type="checkbox"/> non repris

**Je soussigné(e), Docteur** \_\_\_\_\_ ,  
certifie avoir examiné le \_\_\_\_\_ , Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_ ,  
et avoir procédé aux constatations suivantes, conformément au barème indicatif d'invalidité (voir notice  
ci-jointe).

**Commémoratifs** de chaque accident ou maladie d'origine professionnelle (*Examen des pièces fournies*) :

Doléances de l'agent :

**Etats préexistants non imputables au service**, présentant un lien médical ou fonctionnel avec la ou les séquelles du ou des accidents ou maladies en cause. Descriptif (compléter également la page 8) :

**Examens et constatations médicales** pour chaque accident ou maladie d'origine professionnelle en indiquant le numéro du tableau. Descriptif des séquelles avec libellés conformes au barème en vigueur :

**Discussion :**

Etablir le lien entre l'événement et les séquelles et dans le cas d'une maladie reconnue d'origine professionnelle, établir si la pathologie a été directement et/ou essentiellement causée par le travail habituel de l'agent.

## Conclusion

L'agent est-il apte à l'exercice de ses fonctions actuelles ? Oui  Non

➔ Dans la négative, l'agent peut-il reprendre sur un poste aménagé ? Oui  Non

L'agent présente-t-il, à la date de consolidation du \_\_\_\_\_, une pathologie indépendante des séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ? Oui  Non

➔ Dans l'affirmative, l'agent aurait-il pu reprendre l'exercice de ses fonctions habituelles s'il n'avait présenté que les seules séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ? Oui  Non

*Si vous avez répondu par l'affirmative à la question ci-dessus, merci de répondre à la question suivante :*

La reprise doit-elle s'effectuer uniquement sur un poste adapté ? Oui  Non

Dans le cas de séquelles multiples en rapport avec l'accident ou la maladie d'origine professionnelle, veuillez préciser s'il s'agit :

➔ De séquelles distinctes simultanées ? Oui  Non

➔ D'une lésion unique à l'origine de troubles multiples ? Oui  Non

Date de l'accident ou MP	SI MP num. du tableau	Libellé des séquelles	Lien		Taux d'IPP de l'infirmité préexistante (2)	Taux d'IPP imputable accident ou MP	Taux d'IPP global, si état antérieur non médicalement séparable	Date de consolidation (3)
			Avec l'infirmité préexistante (1) et (2)	Unique et certain avec l'accident ou la MP (1)				

(1) Répondre par "OUI" ou par "NON".

(2) Pour chaque infirmité présentant un état pré-existant, il convient de compléter la page 8.

(3) Rappel : dans le cas d'événements successifs, réévaluer le taux des événements antérieurs à la date de consolidation du dernier accident.

A \_\_\_\_\_, le  
(Signature et cachet du médecin)

## Evaluation et caractère invalidant des états préexistants

Les séquelles directement imputables sont-elles indépendantes de l'affection antérieure ?

Oui

Ne pas remplir les parties 1 et 2

Non

Remplir la partie 1 ou 2

Les infirmités atteignent le même membre, ou le même organe, et altèrent la même fonction ?  
Il existe un lien fonctionnel d'aggravation.

1

Taux de l'état préexistant à la veille de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle : \_\_\_\_\_ %

**ET**

Taux d'aggravation à la date de consolidation : \_\_\_\_\_ %

En l'absence de lien fonctionnel d'aggravation, il existe une relation médicale d'aggravation.  
Celle-ci est-elle médicalement séparable de l'affection initiale ?

2

**Oui**  Taux de l'état préexistant à la veille de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle : \_\_\_\_\_ %

**ET**

Taux d'aggravation à la date de consolidation : \_\_\_\_\_ %

**Non**  Estimation du taux initial de l'état préexistant : \_\_\_\_\_ %

**ET**

Taux global d'invalidité : \_\_\_\_\_ %

*Ce formulaire doit être envoyé de préférence par voie postale, afin d'assurer la sécurité des informations personnelles qu'il contient.*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de responsable de traitement (ci-après désignée Caisse des Dépôts). Les données collectées ont pour finalité Liquidier les droits à invalidité et à compensation du handicap. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public à laquelle la Caisse des Dépôts est soumise. Vos données sont conservées selon les modalités suivantes :*

- Le contrat d'un ayant-cause (1) est à conserver 10 ans après le décès de l'auteur et jusqu'à 105 ans après sa naissance.*
- Le contrat d'un auteur est à conserver 10 ans après son décès, jusqu'à 105 ans après sa naissance et tant qu'un contrat d'un ayant-cause est encore conservé.*
- Les données propres de l'auteur sont à conserver tant qu'il reste un contrat conservé rattaché à ce dernier. Vos données ne seront transmises qu'aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Le traitement de vos données personnelles ne donne lieu à aucun transfert hors de l'Union Européenne. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier. Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à [mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr](mailto:mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr) ou par écrit à l'adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des citernes – 33059 BORDEAUX CEDEX. Certaines demandes de droits (accès, rectification, limitation) nécessitent la fourniture d'une pièce d'identité valide. Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies/notice-information-gestion-des-retraites>. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l'adresse <http://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donneespersonnelles>. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente (CNIL).*

## NOTICE A L'USAGE DES MEDECINS

Cette notice a été élaborée afin de faciliter la réalisation de ce rapport médical.

L'objectif est de disposer de l'ensemble des informations nécessaires à l'étude des dossiers d'allocation temporaire d'invalidité et d'éviter ainsi le recours à des rapports médicaux complémentaires.

En matière d'allocation temporaire d'invalidité, il est indispensable de se référer :

■ **Pour la détermination du taux d'invalidité permanente partielle** : au barème indicatif d'invalidité annexé au Code des Pensions civiles et militaires de retraite pour un accident de service ou une maladie professionnelle (Décret 2001-99 du 31 janvier 2001, J.O. du 4 février 2001).

■ **Pour la reconnaissance des maladies d'origine professionnelle** : au Code de la Sécurité Sociale :

- Tableaux visés à l'article R.461-3, Livre IV
- Articles L461-2 et L461-1 (alinéas 3 et 4)

L'invalidité, pour un fonctionnaire, correspond à un déficit fonctionnel, il ne devra, cependant, jamais être tenu compte, pour établir le taux d'invalidité applicable, de l'influence de certains facteurs, tels que l'âge du fonctionnaire, la nature de son emploi, la durée de ses services, etc...

### Accident de service ou de trajet

- ➔ Etablir le lien direct et certain entre le fait accidentel et les séquelles.
- ➔ Décrire et chiffrer séparément chacune des séquelles de chaque accident.
- ➔ Fixer le taux d'invalidité permanente partielle à la date de consolidation de la séquelle ou à la dernière date de consolidation en cas de séquelles multiples pour un même évènement.

### Etat préexistant à l'évènement reconnu imputable

Un état préexistant n'est pas forcément invalidant par rapport à l'affection pour laquelle l'agent formule une demande d'indemnisation.

Aussi, avant de caractériser un état préexistant et de le retenir dans le calcul du taux, il convient d'indiquer s'il existe un rapport d'aggravation entre les séquelles présentées et l'affection antérieure et de préciser la nature du lien d'aggravation.

**En conséquence, il convient de se poser les questions suivantes :**

↳ Les séquelles directement imputables sont-elles indépendantes de l'affection antérieure ?

**Si tel n'est pas le cas :**

↳ Ces infirmités atteignent-elles le même membre ou le même organe et altèrent-elles la même fonction (ce qui correspond à un lien fonctionnel d'aggravation) ?

**Si oui** : préciser le taux intrinsèque d'aggravation et le taux initial de l'état antérieur

↳ En l'absence de lien fonctionnel d'aggravation, existe-t-il une relation médicale d'aggravation ?

Si tel est le cas, cette aggravation est-elle médicalement séparable de l'affection initiale ?

**Si oui** : préciser le taux intrinsèque d'aggravation et le taux initial de l'état antérieur

**Si non** : chiffrer le taux global d'invalidité et estimer le taux initial de l'infirmité préexistante

Le calcul du taux d'invalidité permanente partielle opéré par les services de l'ATIACL sera fonction des réponses apportées aux questions ayant trait aux états pathologiques préexistants (page 8).

### **Evènements successifs**

↪ Dans le cas d'évènements (accidents, maladies) successifs, réévaluer, à chaque nouvelle date de consolidation, les taux des évènements antérieurs.

### **Maladies professionnelles**

↪ **Maladie d'origine professionnelle visée à l'article L461.2 du code de la sécurité sociale :**

Le malade remplit toutes les conditions professionnelles, administratives et médicales inscrites à l'un des tableaux prévus à l'article R461-3 du code de la sécurité sociale (livre IV). Dans ce cas, la maladie est présumée d'origine professionnelle :

- préciser le numéro du tableau et le libellé de la maladie professionnelle telle qu'elle est désignée dans le tableau.

↪ **Maladie reconnue d'origine professionnelle visée à l'article L461.1 alinéa 3 du code la sécurité sociale :**

La maladie est inscrite dans un des tableaux visés ci-dessus, mais au moins une des conditions administratives et (ou) professionnelles n'est pas remplie :

- préciser le numéro du tableau et le libellé de la maladie professionnelle telle qu'elle est désignée au tableau ;
- la maladie doit être directement causée par le travail habituel de l'agent : Établir ce lien

↪ **Maladie reconnue d'origine professionnelle visée à l'article L461.1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale :**

La maladie peut être reconnue d'origine professionnelle même si elle n'est pas répertoriée dans un des tableaux de la sécurité sociale. Dans ce cas, la maladie doit être essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'agent : Établir ce lien.

### **Révisions**

↪ Décrire les séquelles et évaluer les taux d'invalidité permanente partielle à la date de révision quinquennale ou de radiation de cadres, conformément aux indications énoncées ci-dessus.

### **Remarque**

Ce rapport médical peut-être dactylographié ou informatisé.

Il doit être transmis à la collectivité employeur accompagné de la note d'honoraires qui sont à sa charge, ainsi que d'un relevé du compte sur lequel ils seront versés

## **DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES ATI**



<b>Nature et siège des blessures*</b>	_____
<b>Latéralité de l'agent*</b>	Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/>
<b>Tiers en cause*</b>	Oui <input type="checkbox"/> (compléter la page « Événement impliquant un tiers ») Non <input type="checkbox"/>

A \_\_\_\_\_, le

A \_\_\_\_\_, le

Signature de l'agent

 (Nom, prénom, fonction, signature et cachet du responsable ou de la collectivité)

*Ce formulaire doit être envoyé de préférence par voie postale, afin d'assurer la sécurité des informations personnelles qu'il contient.*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de responsable de traitement (ci-après désignée Caisse des Dépôts). Les données collectées ont pour finalité Liquider les droits à invalidité et à compensation du handicap. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public à laquelle la Caisse des Dépôts est soumise. Vos données sont conservées selon les modalités suivantes :*

- *Le contrat d'un ayant-cause (1) est à conserver 10 ans après le décès de l'auteur et jusqu'à 105 ans après sa naissance.*
- *Le contrat d'un auteur est à conserver 10 ans après son décès, jusqu'à 105 ans après sa naissance et tant qu'un contrat d'un ayant-cause est encore conservé.*
- *Les données propres de l'auteur sont à conserver tant qu'il reste un contrat conservé rattaché à ce dernier. Vos données ne seront transmises qu'aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Le traitement de vos données personnelles ne donne lieu à aucun transfert hors de l'Union Européenne. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier.*

*Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr ou par écrit à l'adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des citernes – 33059 BORDEAUX CEDEX. Certaines demandes de droits (accès, rectification, limitation) nécessitent la fourniture d'une pièce d'identité valide. Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies/notice-information-gestion-des-retraites>. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l'adresse <http://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donneespersonnelles>. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente (CNIL).*

## Rapport hiérarchique – Accident de trajet

### Identification de l'agent

Numéro de sécurité sociale*	_____
Nom de naissance*	_____
Nom d'usage*	_____
Prénom*	_____
Grade	_____
Fonction exercée*	_____
Service	_____

### Accident de trajet

**⚠ Joindre un plan (type carte routière) précisant les lieux de domicile, de travail et de l'accident**

Date de l'accident*	_____	Heure de l'accident*	__ : __
Horaires du jour de l'accident*		Lieu de l'accident*	
_____ : _____	_____		
Adresse du lieu de travail le jour de l'accident*	Adresse de résidence habituelle de l'agent le jour de l'accident*	Adresse de résidence de l'agent le jour de l'accident (si différente)	
_____	_____	_____	

**Circonstances précises et détaillées de l'accident\***  
(si accident en mission, joindre l'ordre de mission, l'autorisation syndicale...)

Les informations portées sur cette zone de commentaires libres ne doivent pas être inappropriées, diffamatoires ou insultantes. Elles ne doivent pas contenir de données à caractère personnel, et en particulier des données sensibles (telles que des données relatives à la santé autre celles strictement nécessaires au traitement ou encore des données relatives aux origines ethniques, aux opinions politiques, philosophiques ou religieuses, à l'appartenance syndicale ou à l'orientation sexuelle).


<b>Nature et siège des blessures*</b>	_____
<b>Latéralité de l'agent*</b>	Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/>
<b>Tiers en cause*</b>	Oui <input type="checkbox"/> (compléter la page « Evènement impliquant un tiers ») Non <input type="checkbox"/>

Le trajet	
<b>L'accident est-il survenu sur le trajet habituel ?*</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Durée nécessaire habituelle pour parcourir ce trajet ?*</b>	__ : __
<b>Le trajet a-t-il été détourné ?*</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Le trajet a-t-il été interrompu ?*</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Si oui, quel en est le motif ?</b>	_____
<b>L'accident s'est-il produit <i>pendant</i> l'interruption du trajet ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>L'accident s'est-il produit <i>après</i> l'interruption du trajet ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Un constat amiable a-t-il été établi ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Un constat de police ou un rapport de gendarmerie a-t-il été produit ? (à joindre si vous en disposez)</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

A \_\_\_\_\_, le

A \_\_\_\_\_, le

Signature de l'agent

 (Nom, prénom, fonction, signature et cachet du responsable ou de la collectivité)

*Ce formulaire doit être envoyé de préférence par voie postale, afin d'assurer la sécurité des informations personnelles qu'il contient.*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de responsable de traitement (ci-après désignée Caisse des Dépôts). Les données collectées ont pour finalité Liquider les droits à invalidité et à compensation du handicap. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public à laquelle la Caisse des Dépôts est soumise. Vos données sont conservées selon les modalités suivantes :*

- Le contrat d'un ayant-cause (1) est à conserver 10 ans après le décès de l'auteur et jusqu'à 105 ans après sa naissance.*
- Le contrat d'un auteur est à conserver 10 ans après son décès, jusqu'à 105 ans après sa naissance et tant qu'un contrat d'un ayant-cause est encore conservé.*
- Les données propres de l'auteur sont à conserver tant qu'il reste un contrat conservé rattaché à ce dernier. Vos données ne seront transmises qu'aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Le traitement de vos données personnelles ne donne lieu à aucun transfert hors de l'Union Européenne. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier.*

*Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à [mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr](mailto:mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr) ou par écrit à l'adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des citernes – 33059 BORDEAUX CEDEX. Certaines demandes de droits (accès, rectification, limitation) nécessitent la fourniture d'une pièce d'identité valide. Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies/notice-information-gestion-des-retraites>. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l'adresse <http://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donneespersonnelles>. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente (CNIL).*

## Rapport hiérarchique – Maladie professionnelle

### Identification de l'agent

Numéro de sécurité sociale*	-----
Nom de naissance*	-----
Nom d'usage*	-----
Prénom*	-----
Grade	-----
Fonction exercée*	-----
Service	-----

### Maladie professionnelle

Tableau N°\*

Date du premier diagnostic de la maladie\*

Descriptif des travaux effectués par l'agent dans le cadre de ses fonctions habituelles à l'époque où a été constatée la maladie\*.

Préciser les gestes, postures, outils, engins utilisés, environnement du lieu de travail ou produits et substances utilisés selon les cas. **⚠ (A compléter obligatoirement)**

Périodes durant lesquelles l'agent a occupé le poste décrit ci-dessus\*

**⚠ (A compléter obligatoirement)**


Du	Au	-----
Du	Au	-----
Du	Au	-----
Du	Au	-----
Du	Au	-----

Les informations portées dans les zones de commentaires libres ne doivent pas être inappropriées, diffamatoires ou insultantes. Elles ne doivent pas contenir de données à caractère personnel, et en particulier des données sensibles (telles que des données relatives à la santé autre celles strictement nécessaires au traitement ou encore des données relatives aux origines ethniques, aux opinions politiques, philosophiques ou religieuses, à l'appartenance syndicale ou à l'orientation sexuelle).

A \_\_\_\_\_, le

A \_\_\_\_\_, le

Signature de l'agent

 (Nom, prénom, fonction, signature et cachet du responsable ou de la collectivité)

*Ce formulaire doit être envoyé de préférence par voie postale, afin d'assurer la sécurité des informations personnelles qu'il contient.*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de responsable de traitement (ci-après désignée Caisse des Dépôts). Les données collectées ont pour finalité Liquidier les droits à invalidité et à compensation du handicap. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public à laquelle la Caisse des Dépôts est soumise. Vos données sont conservées selon les modalités suivantes :*

- Le contrat d'un ayant-cause (1) est à conserver 10 ans après le décès de l'auteur et jusqu'à 105 ans après sa naissance.*
- Le contrat d'un auteur est à conserver 10 ans après son décès, jusqu'à 105 ans après sa naissance et tant qu'un contrat d'un ayant-cause est encore conservé.*
- Les données propres de l'auteur sont à conserver tant qu'il reste un contrat conservé rattaché à ce dernier. Vos données ne seront transmises qu'aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Le traitement de vos données personnelles ne donne lieu à aucun transfert hors de l'Union Européenne. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier. Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr ou par écrit à l'adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des citernes – 33059 BORDEAUX CEDEX. Certaines demandes de droits (accès, rectification, limitation) nécessitent la fourniture d'une pièce d'identité valide. Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies/notice-information-gestion-des-retraites>. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l'adresse <http://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donneespersonnelles>. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente (CNIL).*

## Acceptation du taux d'invalidité permanente partielle après révision

Je soussigné(e), M \_\_\_\_\_ déclare accepter le taux d'IPP de \_\_\_ % tel que retenu à l'issue de la ou des expertises réalisées dans le cadre de la révision de mon allocation.

Ce document est établi pour valoir ce que de droit.

A \_\_\_\_\_, le

(Signature de l'agent)