



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Landes



EN CAS DE RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

QUESTIONNAIRE

à compléter **en totalité** par l'agent et à renvoyer à la DSDEN des Landes/
(DAGEFOR/Pôle des Affaires médicales)
chargée de l'instruction du dossier d'accident de service

MAJ 21.03.2019

NOM & Prénom :

n° INSEE (sécurité sociale) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adresse complète :

nature de la blessure :

avez-vous été hospitalisé(e) : non oui, où :

date de l'accident : ; heure de l'accident :

lieu précis :

pendant votre travail ? en mission ou stage ? sur le trajet domicile → travail ? sur le trajet travail → domicile ?

y-a-t-il eu détour ou interruption du trajet direct : non oui, précisez pourquoi : ;

expliquez précisément comment l'accident est arrivé :

qui, d'après vous, est responsable : NOM, prénom :

adresse :

compagnie d'assurance :

pourquoi :

un rapport de police a-t-il été établi : non oui, par qui :

avez-vous porté plainte : non oui, joindre la copie du PV de plainte

NOMS et adresses des témoins (*joindre leurs témoignages*) :

avez-vous l'intention de poursuivre le responsable : non oui ; si oui, NOM et adresse de l'avocat éventuellement choisi par vous :

ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE

si le blessé a été victime d'un accident alors qu'il était transporté par un véhicule, prière d'indiquer s'il s'agit :

d'un transport en commun et lequel

d'un véhicule particulier et lequel :

appartenant à :

en qualité de passager payant gratuit ; compagnie d'assurance du propriétaire du véhicule :

TRÈS IMPORTANT : Il est interdit par la loi de comprendre dans la demande que vous présentez au responsable les prestations servies au titre des AT. Vous êtes invité(e) à nous informer de toute réclamation ou action engagée par vous à cette occasion.

Fait à, le signature :