



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Landes



DIVISION DES AFFAIRES GÉNÉRALES
ET FORMATION (D.A.G.E.F.O.R.)
Pôle Affaires Médicales

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE / TRAJET OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE
déposée par un fonctionnaire ou assimilé

TÉMOIGNAGE

**à compléter par le seul témoin, direct
ou par la 1^{ère} personne informée par la victime
un exemplaire par témoin**

Votre témoignage est sollicité dans le cadre d'une demande déposée par un fonctionnaire ou assimilé. Ce document a une valeur juridique : **il ne doit pas vous être dicté et il engage votre responsabilité.**

Vous devez compléter lisiblement l'espace suivant en précisant, de façon claire et précise, **les faits** dont vous avez été témoin direct, ou, en précisant le contexte, **ce qui vous a été rapporté** par la victime.

Précisez :

- **votre identité et vos coordonnées précises** : vous pouvez être contacté(e) pour une enquête administrative complémentaire,
- la nature éventuelle de votre **lien avec la victime** (élève/professeur, conjoint, collègue, ...),
- **datez et signez votre témoignage.**

Pour les témoignages de personnes mineures, la contre-signature d'une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle légale est obligatoire.

Rappels Code Pénal : l'établissement ou l'usage de fausse déclaration, attestation ou faux certificat, ou la tentative, constituent des infractions pénales, avec circonstances aggravantes dès lors que cette infraction s'opère au préjudice du Trésor Public ou est le fait d'une personne chargée d'une mission de service public (art.441-1, 441-6, 441-9, 441-10). Il en est de même de l'escroquerie ou de sa tentative (art.313-1, 313-2, 313-3, 313-7). Faciliter ces infractions par quelque moyen que ce soit est susceptible de donner lieu à des poursuites disciplinaires et pénales, pour complicité.

date, heure et lieu des faits dont vous avez été témoin direct, ou circonstances exactes de votre information :

description détaillée des faits, en lien avec l'accident, dont vous avez été témoin (ce que vous avez effectivement vu et constaté) ou qui vous ont été rapportés (précisez par qui) ; vous devez en rester aux faits, sans commentaires personnels :

NOM :Prénom :

profession :lien avec victime : non ; oui lequel :

téléphone et adresse complète :

date & signature du témoin : (+ contre signature du responsable légal pour mineur) :