





#### 4- NATURE DE L'ACCIDENT :

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> chute d'objet           | <input type="checkbox"/> manutention                  | <input type="checkbox"/> heurt (meuble...) |
| <input type="checkbox"/> projection        | <input type="checkbox"/> explosion               | <input type="checkbox"/> agression                    | <input type="checkbox"/> contact           |
| <input type="checkbox"/> glissade          | <input type="checkbox"/> exposition, rayonnement | <input type="checkbox"/> accident de la voie publique |  |
| <input type="checkbox"/> autre .....       |  |   |  |

#### SIEGE DES LESIONS

<input type="checkbox"/> <b>Tête</b> (préciser)  <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b> <input type="checkbox"/> épaule <input type="checkbox"/> bras <input type="checkbox"/> avant bras <input type="checkbox"/> coude <input type="checkbox"/> poignet  <input type="checkbox"/> <b>Main :</b> <input type="checkbox"/> pouce <input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s) (préciser)	<input type="checkbox"/> <b>Visage</b> (préciser)  <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b> <input type="checkbox"/> hanche <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> genou <input type="checkbox"/> jambe <input type="checkbox"/> cheville  <input type="checkbox"/> <b>Pied</b> <input type="checkbox"/> orteil(s) (préciser)	<input type="checkbox"/> <b>Yeux</b> <input type="checkbox"/> oeil droit <input type="checkbox"/> oeil gauche  <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b> <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/> colonne vertébrale <input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> bassin <input type="checkbox"/> abdomen	<input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b> <input type="checkbox"/> mâchoire inférieure <input type="checkbox"/> mâchoire supérieure  <input type="checkbox"/> <b>Autre(s) lésion(s)</b> (préciser)
--	--	---	---

#### NATURE DES LESIONS (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite                        | <input type="checkbox"/> gelure                               | <input type="checkbox"/> luxation                  |
| <input type="checkbox"/> amputation             | <input type="checkbox"/> douleur                          | <input type="checkbox"/> hernie                               | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre              |
| <input type="checkbox"/> asphyxie               | <input type="checkbox"/> écrasement                       | <input type="checkbox"/> inflammation                         | <input type="checkbox"/> traumatisme interne       |
| <input type="checkbox"/> brûlure                | <input type="checkbox"/> eczéma                           | <input type="checkbox"/> intoxication                         | <input type="checkbox"/> traumatisme psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie            | <input type="checkbox"/> électrisation /<br>électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire<br>ou musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif           |
| <input type="checkbox"/> commotion              | <input type="checkbox"/> entorse                          | <input type="checkbox"/> lésion psychologique                 | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel         |
| <input type="checkbox"/> contusion              | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif             | <input type="checkbox"/> lésion neurologique                  | <input type="checkbox"/> trouble visuel            |
| <input type="checkbox"/> corps étranger         | <input type="checkbox"/> fracture                         | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique                 | <input type="checkbox"/> lésions multiples         |
| <input type="checkbox"/> autre                  |   |   |  |

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :    |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|

**Joindre obligatoirement un certificat médical initial original (volets 1 et 2) décrivant les lésions et établi dans les 48 heures qui ont suivi l'accident.**

**Aucun document ne doit être adressé à la CPAM ou à la MGEN.**

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?  OUI     NON    (Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement**)

1) Dans l'**affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) .....

.....

.....

.....

.....

.....

Date |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_| ..... **Signature du/des témoins :**

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, joindre **une attestation sur papier libre de la première personne de l'Etablissement à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées.** (Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ?  OUI  NON Si oui :

	1 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) ..... sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à ....., le |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature de l'accidenté(e)**

### ATTESTATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Je soussigné(e) (chef d'établissement ou de service) : .....

Atteste avoir été informé(e) le ..... de l'accident survenu le .....

à Mme / M. .... dans les circonstances précisées ci-dessus

Observations éventuelles : .....

Fait à ....., le |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique (1)**

**En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.**

- (1) Chef d'établissement pour les personnels affectés en établissements publics ou privé du second degré – IEN pour les personnels du 1<sup>er</sup> degré – Responsable administratif pour les personnels affectés en services administratifs.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).