

## Déclaration d'accident de service ou du travail (\*)

### Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

(\*) Accident de service : Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés)

Accident du travail : Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

**Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).**

(Déclaration à renvoyer au service gestionnaire de l'accident dans les 48 heures suivant l'accident.)

**Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.**

**DATE DE L'ACCIDENT** : | | | | | | | | | |

**TYPE D'ACCIDENT** (cocher la case correspondante) :

Accident sur le lieu de travail

Accident de trajet

Accident en mission

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme

Mlle

M.

Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : .....

Prénoms : .....

Situation familiale :  célibataire  marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Numéro INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse personnelle : .....

Code postal | | | | | | Ville.....

Téléphone (facultatif) : | | | | | | | | | | ou | | | | | | | | | |

Adresse électronique (facultatif) : .....@.....

### STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire

titulaire

non titulaire

Maître à titre définitif

A

B

C

Date d'embauche : .....

**CORPS DISCIPLINE FONCTION** (en toutes lettres) : .....

### SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....

Code postal | | | | | | Ville.....

Téléphone professionnel : | | | | | | | | | |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : | | | | | | | | | | Heure de l'accident : | | | | h | | | | Jour de la semaine : .....

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : | | | | | | | | | |

**HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :**

<b>Matin</b>	<b>Après-midi</b>	<b>QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel)</b>
de ..... h ..... à ..... h .....	de ..... h ..... à ..... h .....	

**LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :** .....

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT** (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) : .....

**PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :**

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ? .....

**SI ACCIDENT DE TRAJET** (Joindre questionnaire « Accidents de service ou du travail sur la voie publique ainsi qu'une carte ou un plan du trajet suivi le jour de l'accident) :

- L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ?  OUI  NON  
Heure de départ du domicile : |\_|\_| h |\_|\_| Heure à laquelle l'accidenté(e) commence d'habitude son travail : |\_|\_| h |\_|\_|

- L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile?  OUI  NON  
Heure de départ du lieu de travail : |\_|\_| h |\_|\_|

**SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS** (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'assurance : .....

N° de police : .....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ?  OUI  NON  
(Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable).

**NATURE DE L'ACCIDENT :**

- chute de personne
- chute d'objet
- manutention
- heurt (meuble...)
- projection
- explosion
- agression
- contact
- glissade
- exposition, rayonnement
- accident de la voie publique
- autre .....

Élément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) : .....

**DATE et heure DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| à: |\_|\_| h |\_|\_|

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

sans arrêt de travail  avec arrêt de travail  décès immédiat

**SIEGE DES LESIONS** (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

- Tête**
- Membre supérieur** (sauf main) : épaule, bras, coude, avant bras, poignet
- Main** : pouce, autre doigt
- Visage**
- Membre inférieur** (sauf pied) : hanche, cuisse, genou, jambe, cheville
- Pied**
- Yeux**
- Tronc** : cou, colonne vertébrale, thorax, bassin, abdomen
- Lésions multiples**
- Dent(s)**
- Autre lésion**
- .....

**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 / électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire 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"/> autres : .....         |  |  |  |

**L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?  OUI  NON**

Nom, prénom, profession, adresse des témoins : .....

.....

.....

.....

**Déposition du ou des témoins** (ce qu'ils ont vu et entendu) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Si il n'y a pas eu de témoins oculaires, à quelle personne l'accident a-t-il été déclaré en premier lieu ?**

Nom, prénom, qualité : .....

**La victime a-t-elle déjà été victime d'un accident de service (ou de travail) antérieurement ?  OUI  NON**

Si oui : date de cet accident : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| En est-il resté une incapacité permanente :  OUI  NON

Nom et prénom de l'agent accidenté : .....

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

**Signature de l'agent**

Nom et qualité du supérieur hiérarchique *direct* (directeur d'école, IEN, Principal, Proviseur) : .....

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

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique**

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