

**ANNEXE 2 - ENQUETE**  
**ACCIDENT DE SERVICE - DE TRAVAIL - DE TRAJET**  
**Compléter OBLIGATOIREMENT les rubriques n° 1 - 2 - 4 - 5**

**1 - Déclaration de la victime :**

Nom – Prénom ..... Nom de jeune fille .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

Adresse personnelle.....

Situation de famille .....

Catégorie de la victime       Titulaire     Contractuelle     Autre (préciser).....

Etablissement d'exercice .....

**Renseignements sur l'accident :**

Date et heure (préciser le jour de la semaine) .....

Lieu de l'accident .....

Localité .....

**Déposition de l'accidenté (e) :**

**Résumé de l'accident :**

Partie (s) du corps lésée (s) .....

Date et heure de consultation chez le médecin .....

L'accidenté (e) a-t-il (elle) déjà été victime d'un accident de travail antérieurement     OUI       NON

Si oui - Date de cet accident .....

- En est-il resté une incapacité permanente partielle (taux à préciser) .....

**2 – Témoin (s) de l'accident :**

Nom – Prénom et adresse .....

Nom – Prénom et adresse .....

**Déposition obligatoire**

Signature des témoins :

En l'absence de témoins oculaires, faire compléter les rubriques réservées aux témoins ainsi que la déposition ci- dessus par la ou les personne (s) à qui l'accident a été déclaré en premier lieu.

**3 - Rubrique réservée aux accidents de trajet :**

Joindre 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 ? .....

- heure de départ du domicile : .....
- heure à laquelle la victime commence d'habitude son travail .....

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? .....

- heure de départ du lieu de travail.....

**Désignation des rues empruntées :**

- habituellement .....

- Le jour de l'accident.....

Temps nécessaire pour parcourir ce trajet : .....

Le trajet a-t-il été détourné, interrompu ?.....

Motifs .....

L'accident est-il arrivé avant ou après l'interruption du trajet ?.....

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? .....

La police ou la Gendarmerie a-t-elle été appelée sur les lieux de l'accident  OUI  NON

(Joindre si possible le constat de l'agent ou le procès-verbal de la gendarmerie)

**4 – L'accident a-t-il été causé par un tiers :**  OUI  NON

Si OUI avez-vous demandé une indemnité à un tribunal ou une compagnie d'assurances ?  OUI  NON

Nom et prénom du tiers : .....

Profession .....

Adresse.....

Nom et adresse de sa compagnie d'assurances .....

**5– Date et signature de l'accidenté (e)**

Fait à .....le

Signature de la victime

Fait à..... le .....

Signature et cachet du chef de service, d'établissement ou IEN