RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Déclaration d'accident de service

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

RECTORAT DE LYON – DBF 4
92 rue de Marseille
BP 7227
69354 LYON Cedex 07

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).

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 ❑ M.

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

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| et lieu de naissance :……

Numéro d'agent (NUMEN) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Adresse personnelle : ……....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville……....

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

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

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

❑ stagiaire ❑ titulaire ❑ non titulaire ❑ A ❑ B ❑ C

CORPS GRADE DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

……..……... ……..

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Heure de l'accident : |__|__| h |__|__|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de ….. h ….. à ….. h …..	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 POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :
Joindre *la copie d'une* ***carte routière ou*** *d'un* ***plan*** *de ville officiel sur laquelle* ***seront précisés*** *:*
- le trajet suivi le jour de l'accident**, (*à tracer au feutre*)**
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A,**
- le lieu de l'accident **X,**

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 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 |__|__|
- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |__|__| h |__|__|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? ❑ OUI ❑ NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? ……

Combien de temps dure le trajet : |__|__| h |__|__|

Si le trajet a été détourné, motifs : ……

Si le trajet a été interrompu, motifs : ……..

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ?

❑ AVANT ❑ APRES

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

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

Nom et prénom du tiers responsable : ……

Nom et adresse de l'assurance du tiers responsable : ……
……

N° de police du tiers responsable : ……..

Plaque d'immatriculation du tiers responsable : ……..

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 de plain-pied ❑ chute de personne de hauteur
❑ chute d'objet ❑ projection ❑ manutention ❑ heurt (meuble...)
❑ explosion ❑ exposition, rayonnement ❑ agression ❑ contact
❑ glissade
❑ accident de la voie publique (véhicule) ❑ accident de la voie publique (piéton)
❑ autre (à préciser) ……..

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, véhicule, etc…) :
……..
……..

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :
……
…….....

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Envoyer obligatoirement un certificat médical initial original, volet 1, 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**	❑ **Visage**	❑ **Yeux**	❑ **Dent(s)**
❑ **Membre supérieur** : sauf main : épaule, bras, coude, avant bras, poignet	❑ **Membre inférieur :** sauf pied : hanche, cuisse, genou, jambe, cheville	❑ **Tronc :** cou, colonne vertébrale, rachis, thorax, bassin, abdomen	❑ **Autre** (à préciser) …… …… ……
❑ **Main :** pouce, autre doigt	❑ **Pied**	❑ **Lésions multiples**	

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

❑ affection respiratoire	❑ dermite	❑ gelure	❑ luxation
❑ amputation	❑ douleur	❑ hernie	❑ plaie-piqûre
❑ asphyxie	❑ écrasement	❑ inflammation	❑ traumatisme interne
❑ brûlure	❑ eczéma	❑ intoxication	❑ traumatisme psychologique
❑ cervicalgie	❑ électrisation / électrocution	❑ lésion ligamentaire ou musculaire	❑ trouble auditif
❑ commotion	❑ entorse	❑ lésion psychologique	❑ trouble sensoriel
❑ contusion	❑ état anxio-dépressif	❑ lésion neurologique	❑ trouble visuel
❑ corps étranger	❑ fracture	❑ lumbago et sciatique	❑ lésions multiples

❑ Autre (à préciser) ……

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

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

Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Signature du/des témoins :**

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoin(s) oculaire(s), faire remplir ci-dessous ou joindre l'**attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé**, **le jour même**, en indiquant ses coordonnées :
…….....
.....
……
……..
……
……
(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Signature :**

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 :

	1er accident ou MP	2ème accident ou MP	3ème accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Affectation lors de la survenue de l'accident ou de la maladie professionnelle			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) ……

sollicite le bénéfice des dispositions :
1) de l'article 34-2° 2ème alinéa de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (pour les agents stagiaires ou titulaires)
2) 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 (pour les agents non titulaires)

Fait à ……, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature de l'agent

Fait à …….., le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature, nom, qualité et timbre du supérieur hiérarchique

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