

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE**  
**ACADÉMIE AIX-MARSEILLE – DÉPARTEMENT DES ALPES DE HAUTE PROVENCE**



**DÉCLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 1er DEGRÉ**

Document à remplir par l'école qui doit en conserver un exemplaire et en transmettre un avec le certificat médical initial à l'inspecteur de l'éducation nationale de la circonscription des Alpes de Haute Provence.

**Pôle Vie de l'Élève et Vie de l'Établissement: 04 92 36 68 97**

**IDENTIFICATION DE L'ÉCOLE**

Nom de l'établissement : .....

N°RNE : .....

Adresse : .....

.....

Nom et prénom du directeur d'école : .....

**IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE**

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

Date et lieu de naissance : .....

Classe fréquentée : .....

**IDENTIFICATION DE L'ACCIDENT**

Date (jour/mois/année) : ..... heure : .....

Moment (entrée, sortie, classe, récréation, trajet...) : .....

Lieu : .....

Nature de l'accident : .....

**PERSONNE RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE**

Nom et prénom : .....

Statut à l'égard de l'élève :

père                       mère                       tuteur

personne ayant la charge de l'enfant à la demande des :  père                       mère                       tuteur                       autorité compétente

personne exerçant une autorité de fait sur l'enfant (à défaut des intervenants précédents)

Profession : .....

Adresse : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

A quel régime ?                       général                       fonctionnaire                       mutualité agricole

Contrat d'assurance :                       responsabilité civile                       assurance scolaire

Nom de la compagnie : ..... N° de police : .....

Adresse : .....

La personne responsable a-t-elle été prévenue ?                       oui                       non

Si oui, par qui ? .....



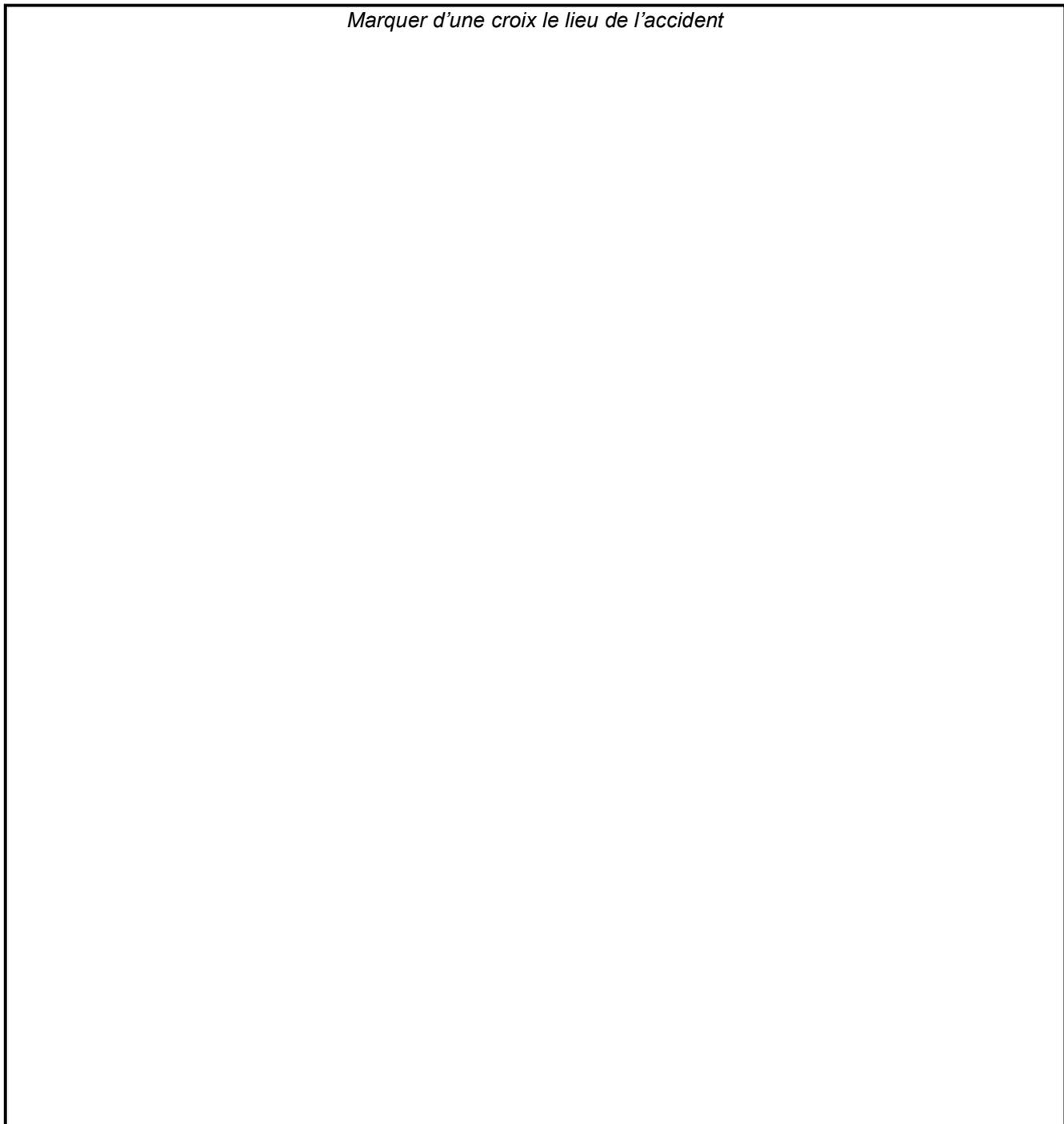
Date de l'accident : ..... Nom de la victime : .....

**RESPONSABILITÉ ÉVENTUELLE D'UNE TIERCE PERSONNE (autre qu'un élève)**

S'agit-il d'un acte	<input type="checkbox"/> volontaire	<input type="checkbox"/> involontaire
Nom et prénom de la personne responsable : .....		
Adresse : .....		
.....		
Profession : .....		
Contrat d'assurance responsabilité civile : ..... n°de police : .....		
Adresse : .....		

**CROQUIS DES LIEUX** - indiquer la disposition générale des lieux : le lieu de l'accident, la place de la victime, des témoins, de l'auteur éventuel, de l'agent chargé de la surveillance (avec une flèche indiquant la direction de son regard). Joindre éventuellement une ou plusieurs photos des lieux.

*Marquer d'une croix le lieu de l'accident*



Date de l'accident : ..... Nom de la victime : .....

**TEMOIGNAGES ÉVENTUELS** (un récit de l'accident peut être joint en annexe, un original et un double certifié conforme)

Nom et prénom du témoin : .....

Date de naissance : ..... Qualité : .....

Adresse : .....

Que faisait au moment de l'accident l'agent, la victime, les témoins ? .....

.....

.....

Où était l'agent responsable de la surveillance ? .....

.....

Qu'a-t-il fait après l'accident ? .....

.....

Déposition : .....

.....

.....

Date : ..... Signature : .....

Nom et prénom du témoin : .....

Date de naissance : ..... Qualité : .....

Adresse : .....

Que faisait au moment de l'accident l'agent, la victime, les témoins ? .....

.....

.....

Où était l'agent responsable de la surveillance ? .....

.....

.....

Qu'a-t-il fait après l'accident ? .....

.....

.....

.....

Déposition : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : ..... Signature : .....

