

Page à compléter et à transmettre au supérieur hiérarchique
*(un envoi direct au bureau des accidents du travail rectorat-DAP/DSDEN est possible : en
informer le responsable hiérarchique)*

Annexe 1

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom

Date de naissance / /

N° de Sécurité sociale :

Adresse personnelle :
.....
.....

Tel personnel Mail personnel

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation

Adresse du service d'affectation
.....
.....

Tel professionnel Mail professionnel

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☐ Titulaire Catégorie ☐ A ☐ B ☐ C

Corps : Grade :

☐ Contractuel (CDI / CDD 12 mois, et à temps complet)

Quotité : % (joindre l'emploi du temps visé par le supérieur hiérarchique)

Métier / Fonction : Date d'entrée sur le poste :

Activité habituelle :

☐ Bureau ☐ Atelier / terrain ☐ Enseignement

☐ Laboratoire ☐ Autre (à préciser) :

Page à compléter et à transmettre au supérieur hiérarchique
(un envoi direct au bureau des accidents du travail rectorat-DAP/DSDEN est possible : en informer le responsable hiérarchique)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident initial : / / Heure de l'accident : h

Date de rechute : / /

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (si différents, à expliquer) :

Lieu précis de l'accident :

.....

.....

Préciser s'il agit : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| ☐ Lieu de travail habituel | ☐ Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail |
| ☐ Lieu de travail occasionnel | ☐ Au cours d'une mission pour l'employeur |
| ☐ Lieu de restauration habituel | ☐ Au cours du trajet entre le lieu de restauration et le lieu de travail |
| ☐ Lieu de télétravail | |
| ☐ Accident de circulation routière (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette) | |

Activité de la victime lors de l'accident (Environnement – bureau, escalier, route.... Et tâche exécutée) :

.....

.....

.....

.....

Description et nature de l'accident (ex : Chute, agression, collision ...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Objet dont le contact a blessé la victime :

Page à compléter et à transmettre au supérieur hiérarchique
(un envoi direct au bureau des accidents du travail rectorat-DAP/DSDEN est possible : en informer le responsable hiérarchique)

Témoins

- ☐ Oui (Joindre le témoignage)
☐ Non (en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

.....
.....

Accident causé par un tiers

☐ Oui

☐ Non

Nom, prénom, adresse du tiers (si connu) :

.....
.....

Société d'assurance du tiers (si connu) :

Pièces jointes

☐ Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)

- ☐ Témoignages écrits
☐ Dépôt de plainte
☐ Ordre de mission
☐ Plans (pour les accidents de trajets, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)
☐ Autres (à préciser) :
- ☐ Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
☐ Constat amiable
☐ Bulletin d'hospitalisation

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

Nature des lésions médicalement constatées :

- ☐ Plaie et blessure
☐ Amputation
☐ Empoisonnement, infection
☐ Effets de température, de lumière, de radiations
☐ Blessures multiples
☐ Autres (à préciser) :
- ☐ Fracture
☐ Commotion, traumatisme
☐ Asphyxie, noyade
☐ Effets du bruit, des vibrations, de la pression
- ☐ Luxation, entorse, foulure
☐ Brûlure, gelure
☐ Choc

Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) :

.....

Votre supérieur hiérarchique a-t-il été informé de cette déclaration ? ☐ Oui * ☐ Non

Je soussigné (prénom, nom)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à Le (date de déclaration) : / /

Signature de l'agent

* Visa du supérieur hiérarchique

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)