

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'affection

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 tache 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 Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
 Dépôt de plainte Constat amiable
 Ordre de mission Bulletin d'hospitalisation
 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) :

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

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)