



DÉCLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 2nd DEGRÉ

Document à remplir par l'établissement qui doit en conserver un exemplaire et en transmettre un avec le certificat médical initial à l'inspection académique des Alpes de Haute Provence.

Pôle Vie de l'Élèves et Vie de l'Établissements: 04 92 36 68 97

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement :
N°RNE :
Adresse :
.....
Nom et prénom du chef d'établissement :

IDENTIFICATION DE L'ÉLEVE

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'ÉLEVE

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 :

RAPPORT DE L'AGENT CHARGÉ DE LA SURVEILLANCE

Nom et prénom de l'agent chargée de la surveillance :

Fonction :

Contrat d'assurance responsabilité civile : oui non

Nom de la compagnie : N°de police :

Adresse :

Activité pratiquée lors de l'accident :

Place de l'agent au moment de l'accident :

Que faisait l'agent au moment de l'accident ?

.....

L'agent a-t-il vu l'accident se produire ? oui non

L'agent exerçait-il une surveillance effective ? oui non

Pouvait-il anticiper l'accident ? oui non

La victime pratiquait-elle un exercice autorisé interdit

Compte-rendu précis des causes et circonstances de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? oui non

Par qui ?

Mesures de premiers secours (soins, appel à la famille, appel d'un service médical d'urgence) :

.....

.....

.....

Nature des blessures observables (**joindre obligatoirement le certificat médical initial**) :

.....

.....

.....

RESPONSABILITÉ EVENTUELLE D'UN AUTRE ÉLÈVE

L'accident est-il lié à l'action volontaire d'un autre élève ? non

oui (dans ce cas **faire un signalement violence à la DVE 1**)

Nom et prénom de l'élève responsable :

Date de naissance : classe fréquentée :

Nom et prénom de la personne responsable 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)

Adresse :

Nom de la compagnie d'assurance : N°de police :

Adresse :

Date de l'accident : Nom de la victime :

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

S'agit-il d'un acte

volontaire

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 :

Date de l'accident : Nom de la victime :

RAPPORT DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Nom et prénom :

L'accident a-t-il entraîné une consultation médicale ou hospitalière ?

- non oui (dans ce cas faire obligatoirement un signalement sur le site baobac :
<http://enquetes.orion.education.fr/baobac/second>)

L'accident est-il lié à un état défectueux du mobilier, du local, des installations ?

Cet état défectueux a-t-il été signalé ?

- oui non

Si oui quand et auprès de qui ?

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ?

- oui non

Si oui joindre le procès-verbal.

Observations complémentaires :

Date :

Signature :

OBSERVATIONS DE L'INSPECTION ACADEMIQUE

Dossier arrivé à l'inspection académique le :

Observations éventuelles :

À établir à la diligence du chef d'établissement en deux exemplaires (**un original et un double certifié conforme**) et à adresser à l'autorité hiérarchique supérieur.

Déclaration d'accident à établir dans les 48h et à adresser à l'Inspecteur de l'Education Nationale de circonscription qui transmettra à la DSDEN04. Copie certifiée conforme à conserver par l'établissement pendant 30 ans.

Pour la communication du rapport d'accident aux familles de l'élève auteur ou victime, se référer à la circulaire ministérielle n°2009-154 du 27/10/2009 et B.O. n°43 du 19/11/2009 "Accident Scolaire".

* *L'envoi de cette déclaration d'accident aux services académiques ne dispense pas le chef d'établissement de la déclaration éventuelle de l'accident, à la CPAM don't relève l'établissement, sur l'imprimé réglementaire et dans les délais légaux, lorsqu'il s'agit d'élèves ou étudiants relevant de la législation des accidents du travail (art. L412-8-2 du Code de la sécurité sociale ; cf note de service n°86-017 du 9 janvier 1986, BOEN n°5 du 6 février 1986 ; RLR 563-0).*