



Déclaration d'accident de service ou de trajet

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom d'usage Nom de naissance

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 : Discipline : 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) :



Déclaration d'accident de service ou de trajet

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail
Si transmission directe, en informer le supérieur 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 ...) Merci de détailler les faits :

.....
.....
.....
.....
.....

Qu'avez-vous fait après l'accident ? (Passage infirmerie, appel pompiers, accompagnement chez le médecin... merci de joindre les éventuelles pièces justificatives)

.....
.....
.....

Déclaration d'accident de service ou de trajet

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique*

Témoins Oui (*Joindre le témoignage + la copie de la carte d'identité du témoin*)
 Non

Nom, prénom, qualité :

.....

**Premier personnel de l'établissement informé (Chef d'établissement, chef de service, secrétariat de direction.
Fournir son rapport circonstancié)**

Nom, prénom, qualité

.....

Accident causé par un tiers Oui Non

Tiers (si connu) : NomPrénom.....

Adresse.....

Société d'assurance du tiers (*si connu*) :

Pièces jointes Certificat médical (*obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail*)

- Témoignages écrits (+ copies CNI) Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
- Emploi du temps daté et signé par le supérieur hiérarchique
- Dépôt de plainte Constat amiable recto-verso (lisible)
- Ordre de mission Bulletin d'hospitalisation ou attestation passage infirmerie

Plans (*pour les accidents de trajets, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ (A), l'arrivée (C) et le point de collision (B). (Plan google maps conseillé)*)

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 Brulure, 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)