



Déclaration d'accident de service ou du travail

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :

Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1^{er} et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés)

Accident du travail :

Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE L'ACCIDENT : | | | | | | | |

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

☐	Accident sur le lieu de travail	☐	Accident de trajet	☐	Accident en mission
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)

Date de naissance : | | | | | | | |

Numéro d'agent (NUMEN) : | | | | | | | | | | | | | |

Numéro INSEE : | | | | | | | | | | | | | |

Adresse personnelle :

Code postal | | | | | Ville.....

Téléphone (facultatif) : | | | | | | | | ou | | | | | | | |

Adresse électronique (facultatif) :@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

☐ stagiaire ☐ titulaire ☐ non titulaire ☐ Maître à titre définitif ☐ A ☐ B ☐ C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal | | | | | Ville.....

Téléphone professionnel : | | | | | | | |

Adresse électronique professionnelle :@.....

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

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident :

Matin	Après-midi	Soir
de h à h	de h à h	de h à h
de h à h	de h-..... à h	de h à h

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

.....

.....

.....

[illegible]

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

- heure de départ du domicile : [] [] h [] []

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : [] [] h [] []

- heure de départ du lieu de travail : [] [] h [] []

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : [] [] h [] []

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ?

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.

NATURE DE L'ACCIDENT :

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ chute de personne | ☐ chute d'objet | ☐ manutention | ☐ heurt (meuble...) |
| ☐ projection | ☐ explosion | ☐ agression | ☐ contact |
| ☐ glissade | ☐ exposition, rayonnement | ☐ accident de la voie publique | |
| ☐ autre | | | |

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : | | | | | | | |

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

- ☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail ☐ décès immédiat

SIEGE DES LESIONS (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Tête | ☐ Visage | ☐ Yeux | ☐ Dent(s) |
| ☐ Membre supérieur :
sauf main :
épaule, bras, coude,
avant bras, poignet | ☐ Membre inférieur :
sauf pied :
hanche, cuisse,
genou, jambe,
cheville | ☐ Tronc :
cou, colonne
vertébrale, thorax,
bassin, abdomen | ☐ Autre lésion |
| ☐ Main :
pouce, autre doigt | ☐ Pied | ☐ Lésions multiples | ☐ |

NATURE DES LESIONS (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ affection respiratoire | ☐ dermatite | ☐ gelure | ☐ luxation |
| ☐ amputation | ☐ douleur | ☐ hernie | ☐ plaie-piqûre |
| ☐ asphyxie | ☐ écrasement | ☐ inflammation | ☐ traumatisme interne |
| ☐ brûlure | ☐ eczéma | ☐ intoxication | ☐ traumatisme
psychologique |
| ☐ cervicalgie | ☐ électrisation /
électrocution | ☐ lésion ligamentaire
ou musculaire | ☐ trouble auditif |
| ☐ commotion | ☐ entorse | ☐ lésion psychologique | ☐ trouble sensoriel |
| ☐ contusion | ☐ état anxio-dépressif | ☐ lésion neurologique | ☐ trouble visuel |
| ☐ corps étranger | ☐ fracture | ☐ lumbago et sciatique | ☐ lésions multiples |
| ☐ autres : | | | |

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? ☐ OUI ☐ NON (*Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement***) :

1) Dans l'**affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

Date | | | | | | | |

Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

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

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date | | | | | | | |

Signature

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? ☐ OUI ☐ NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à, le | | | | | | | |

Signature de l'agent

Fait à, le | | | | | | | |

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).