

Service liquidateur
des prestations

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE SERVICE

à adresser en 2 exemplaires (1) au service liquidateur des prestations dans les 48 heures suivant l'accident.

En cas d'accident survenu à un agent auxiliaire ou contractuel, un 3^e exemplaire doit être envoyé à l'Inspecteur du travail du lieu de l'accident

EMPLOYEUR

Établissement ou Service payeur : _____

Adresse : _____

Établissement ou Service d'affectation : _____

NOM et qualité du Chef d'Établissement ou de Service : _____

Numéro de Téléphone : _____

Partie réservée à l'Administration

N° du dossier : _____

VICTIME

NOM : _____

(En majuscules d'imprimerie)

Nom de jeune fille : _____

(S'il y a lieu)

Prénoms : _____

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale
ou, à défaut, date de naissance : _____

Adresse { _____

Age : _____ Sexe : _____

Date d'embauchage : _____

Corps auquel appartient l'agent : _____

(2)

TITULAIRE STAGIAIRE AUXILIAIRE CONTRACTUEL

ACCIDENT

Jour et date _____ Veille ou lendemain de congé (2) Heure (de 0 à 24 h) : _____

Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : _____

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de _____ h / à _____ h, / de _____ h / à _____ h

Lieu de l'accident (3) : _____

Nature des lésions (3) : _____

Siège des lésions (3) { _____
(en précisant s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche).

Élément matériel : _____

Circonstances détaillées de l'accident { _____

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? ☐

Lieu où a été transportée la victime { _____ Est-elle hospitalisée ? _____ Où ? _____

Suite probable (2) : ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT DE TRAVAIL SUPÉRIEUR A 24 HEURES ☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TÉMOINS

Noms, prénoms et adresses { _____

Un rapport de police a-t-il été établi? et par qui? { _____

ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers { _____

Compagnie d'assurance du tiers { _____

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

du mois précédant l'accident (si la victime n'est pas titulaire) :

Période	Montant brut	Indemn. résidence	Prime transport	Suppl. familial	Heures supplém.	Divers (5)	Retenues S.S.
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nom et qualité du signataire (l'employeur) [4] : _____ A _____, le _____ 20____

(1) En trois exemplaires dans l'Académie de Paris.

(2) Rayer les mentions inutiles.

(3) Voir au verso.

(4) Ou la victime dans le cas où l'employeur se refuserait à signer.

(5) Indiquer ici, le cas échéant, le tiers de la dernière prime de technicité (pour les dactylos et sténos auxiliaires) et les avantages en nature (N = nourriture, L = logement).

Cachet de l'Établissement ou Service

Signature :