



# 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<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> 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) :

|                          |                                 |                          |                    |                          |                     |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Accident sur le lieu de travail | <input type="checkbox"/> | Accident de trajet | <input type="checkbox"/> | Accident en mission |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**

Mme       Mlle       M.

Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : .....

Prénoms : .....

Situation familiale (*facultatif*) :  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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| 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 : .....@.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :**

Date de l'accident : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| | Heure de l'accident : |\_|\_| h |\_|\_|

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

**HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :**

| <b>Matin</b>                 | <b>Après-midi</b>            | <b>Soir</b>                  |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| de .... h .... à .... h .... | de .... h .... à .... h .... | de .... h .... à .... h .... |
| de .... h .... à .... h .... | de .... h .... à .... h .... | de .... h .... à .... h .... |

**QUOTITE DE SERVICE** (si travail à temps partiel) : .....

**LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT** : .....

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT** (environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué) : .....

**PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :**

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- 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.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ?  OUI  NON

- heure de départ du domicile : |\_|\_| h |\_|\_|

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |\_|\_| h |\_|\_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ?  OUI  NON

- heure de départ du lieu de travail : |\_|\_| h |\_|\_|

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |\_|\_| h |\_|\_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ?  OUI  NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? .....

Combien de temps dure le trajet : |\_|\_| h |\_|\_|

Si le trajet a été détourné, motifs : .....

Si le trajet a été interrompu, motifs : .....

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ?  AVANT  APRES

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

**SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS** (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'assurance : .....

.....N°de police : .....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ?  OUI  NON

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

**NATURE DE L'ACCIDENT :**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> chute d'objet           | <input type="checkbox"/> manutention                  | <input type="checkbox"/> heurt (meuble...) |
| <input type="checkbox"/> projection        | <input type="checkbox"/> explosion               | <input type="checkbox"/> agression                    | <input type="checkbox"/> contact           |
| <input type="checkbox"/> glissade          | <input type="checkbox"/> exposition, rayonnement | <input type="checkbox"/> accident de la voie publique |  |
| <input type="checkbox"/> 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 ») :

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Tête</b> (préciser)   | <input type="checkbox"/> <b>Visage</b> (préciser)   | <input type="checkbox"/> <b>Yeux</b><br><input type="checkbox"/> oeil droit<br><input type="checkbox"/> oeil gauche  | <input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b><br><input type="checkbox"/> mâchoire inférieure<br><input type="checkbox"/> mâchoire supérieure |
| <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b><br><input type="checkbox"/> épaule<br><input type="checkbox"/> bras<br><input type="checkbox"/> avant bras<br><input type="checkbox"/> coude<br><input type="checkbox"/> poignet | <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b><br><input type="checkbox"/> hanche<br><input type="checkbox"/> cuisse<br><input type="checkbox"/> genou<br><input type="checkbox"/> jambe<br><input type="checkbox"/> cheville | <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b><br><input type="checkbox"/> cou<br><input type="checkbox"/> colonne vertébrale<br><input type="checkbox"/> thorax<br><input type="checkbox"/> bassin<br><input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> <b>Autre(s) lésion(s)</b><br>(préciser)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Main :</b><br><input type="checkbox"/> pouce<br><input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)<br>(préciser)  | <input type="checkbox"/> <b>Pied</b><br><input type="checkbox"/> orteil(s)<br>(préciser)  |  |   |

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

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite                        | <input type="checkbox"/> gelure                               | <input type="checkbox"/> luxation                  |
| <input type="checkbox"/> amputation             | <input type="checkbox"/> douleur                          | <input type="checkbox"/> hernie                               | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre              |
| <input type="checkbox"/> asphyxie               | <input type="checkbox"/> écrasement                       | <input type="checkbox"/> inflammation                         | <input type="checkbox"/> traumatisme interne       |
| <input type="checkbox"/> brûlure                | <input type="checkbox"/> eczéma                           | <input type="checkbox"/> intoxication                         | <input type="checkbox"/> traumatisme psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie            | <input type="checkbox"/> électrisation /<br>électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire<br>ou musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif           |
| <input type="checkbox"/> commotion              | <input type="checkbox"/> entorse                          | <input type="checkbox"/> lésion psychologique                 | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel         |
| <input type="checkbox"/> contusion              | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif             | <input type="checkbox"/> lésion neurologique                  | <input type="checkbox"/> trouble visuel            |
| <input type="checkbox"/> corps étranger         | <input type="checkbox"/> fracture                         | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique                 | <input type="checkbox"/> lésions multiples         |
| <input type="checkbox"/> 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 <sup>er</sup> accident ou MP | 2 <sup>ème</sup> accident ou MP | 3 <sup>ème</sup> 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, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 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 € 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).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).