



Déclaration d'accident de service ou du travail

à transmettre au service académique des accidents de services
de la DSDEN de Seine-Maritime
5 place des faïenciers - 76037 ROUEN cedex

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...).

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 M.

Nom de famille: 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 :@.....

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 : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

HORAIRE DE TRAVAIL LE JOUR 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

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 1^{ère} 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"/> Tête | <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Yeux | <input type="checkbox"/> Dent(s) |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur
(sauf main) | <input type="checkbox"/> Membre inférieur
(sauf pied) | <input type="checkbox"/> oeil droit
<input type="checkbox"/> oeil gauche | <input type="checkbox"/> mâchoire inférieure
<input type="checkbox"/> mâchoire supérieure |
| <input type="checkbox"/> Main :
<input type="checkbox"/> pouce
<input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> orteil(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Tronc :
<input type="checkbox"/> cou
<input type="checkbox"/> colonne vertébrale
<input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> bassin
<input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s)
(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 /
électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire 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 ^{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, 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

ATTESTATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Je soussigné(e) (chef d'établissement ou chef de service) _____

Atteste avoir été informé(e) le _____

De l'accident survenu le _____, dans les circonstances précisées ci-dessus

A Monsieur/Madame _____

Observations : _____

Fait à, le |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

EN CAS DE RESERVE SUR L'ACCIDENT ETABLIR UNE ATTESTATION 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).