

**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) : Nom .....Prénom.....

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)