

## Certificat de prise en charge – Premier degré

Je soussigné(e), M .....

Fonction .....

certifie que M.....

.....  
a été victime d'un accident de service ou du travail le .....

**L'intéressé(e) est fonctionnaire** et relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

Fait à ....., le .....

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

**NB : Ce certificat ne peut être remis que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service ou au travail. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident. Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute. Ce document ne doit pas être délivré aux agents 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...).**

### Informations

**Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais**

*Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).*

**En aucun cas, la carte Vitale ne doit être utilisée**

Les demandes de remboursement (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) **sont à transmettre uniquement au service chargé du règlement des prestations** à l'adresse suivante :

**Direction des services départementaux de l'Éducation nationale  
de la Seine-Saint-Denis  
DIMOPE 4 – Accidents de service  
Bureau 4D03  
8 rue Claude Bernard  
93 008 BOBIGNY Cedex**

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner au 01 43 93 72 54 / 72 55 ou envoyer un message à [ce.93dimope4@ac-creteil.fr](mailto:ce.93dimope4@ac-creteil.fr)

**Les demandes de remboursement doivent être accompagnées des originaux des prescriptions, des factures et des coordonnées bancaires lors du premier envoi (plus numéro SIRET).**

Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact par écrit avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.



académie  
Créteil



Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
Seine-Saint-Denis

## Volet récapitulatif

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

### Accident de service, du travail :

Survenu le | | | | | | | | | | à | | h | |

Déclaré le | | | | | | | | | |

### Victime :

Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

Corps : .....

### Lieu d'affectation :

.....

.....

.....

TSVP

A retourner à la direction des services départementaux de l'Education nationale de la Seine-Saint-Denis



## Demande de renouvellement de la feuille d'accident

### Accident de service ou du travail :

Survenu le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à |\_|\_| h |\_|\_|

Déclaré le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### Victime :

Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

Corps : .....

### Lieu d'affectation :

.....

.....

.....

Date de la demande de renouvellement : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### Signature de l'agent :

La demande de renouvellement du volet récapitulatif doit être adressée ou remise au service chargé du règlement des prestations. Cette demande de renouvellement permet à la victime d'obtenir un nouveau volet lorsque le précédent a été entièrement utilisé.