

Déclaration d'accident de Service

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE L'ACCIDENT : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

- Accident sur le lieu de travail Accident de trajet Accident en mission (joindre selon le cas, la convocation, l'autorisation de sortie ou l'ordre de mission)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

- Mme M.

Nom de naissance : 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 (SS) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

Téléphone (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique (facultatif) :@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

- Professeur des écoles stagiaire Professeur des écoles

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 :

Matin
de h à h

Après-midi
de h à h

Soir
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..... | | | |

Élément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

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,

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 de l'I.E.N. de circonscription, supérieur hiérarchique

AVIS :

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

IMPORTANT → Vérifier votre dossier, il doit transmis dûment complété et accompagné des pièces justificatives originales à votre Inspecteur de l'Éducation Nationale pour signature.

Ce dernier le remettra à à l'autorité habilitée à se prononcer sur l'imputabilité au service.

Tout dossier incomplet vous sera retourné