

## 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 .....

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.....        |  |   |  |

Élément 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 au plus tôt**, un **certificat médical Accident de Travail initial original** (volet 1 et 2) décrivant les lésions

- 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>  | <input type="checkbox"/> <b>Visage</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Yeux</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b>      |
| <b>Membre supérieur :</b><br><input type="checkbox"/> sauf main :<br>épaule, bras, coude, avant bras, poignet | <b>Membre inférieur :</b><br><input type="checkbox"/> sauf pied :<br>hanche, cuisse, genou, jambe, cheville | <b>Tronc :</b><br><input type="checkbox"/> cou, colonne vertébrale, thorax, bassin, abdomen | <input type="checkbox"/> <b>Autre lésion</b> |
| <b>Main :</b><br><input type="checkbox"/> pouce, autre doigt  | <input type="checkbox"/> <b>Pied</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Lésions multiples</b>   | <input type="checkbox"/> .....               |

**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"/> amputation             | <input type="checkbox"/> douleur                       | <input type="checkbox"/> hernie                            |
| <input type="checkbox"/> asphyxie               | <input type="checkbox"/> écrasement                    | <input type="checkbox"/> inflammation                      |
| <input type="checkbox"/> brûlure                | <input type="checkbox"/> eczéma                        | <input type="checkbox"/> intoxication                      |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie            | <input type="checkbox"/> électrisation / électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire |
| <input type="checkbox"/> commotion              | <input type="checkbox"/> entorse                       | <input type="checkbox"/> lésion psychologique              |
| <input type="checkbox"/> contusion              | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif          | <input type="checkbox"/> lésion neurologique               |
| <input type="checkbox"/> corps étranger         | <input type="checkbox"/> fracture                      | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique              |
| <input type="checkbox"/> autres : .....         |  |  |

**L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS DIRECTS ?**  **OUI** Remplir la **rubrique 1** ci-dessous **obligatoirement**

**NON** Remplir la **rubrique 2** ci-dessous **obligatoirement** :

**1 TEMOINS DIRECTS, personnes ayant assistées à l'accident**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

J'atteste sur l'honneur que(décrire en quelques mots les faits).....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature du/des témoins :

**2 TEMOIN INDIRECT** s'il n'y a pas eu de témoin oculaire, faire remplir l'attestation ci-dessous ou en joindre une sur papier libre par la première personne à laquelle l'accident a été signalé (parent, époux, ami, collègue – en dehors des médecins, pompiers et police) :

J'atteste sur l'honneur que le (jour) ...../...../..... à.....(heure) Mme/M.....  
(décrire en quelques mots les faits tels qu'ils vous ont été rapportés).....  
.....  
.....  
.....

Date | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | à laquelle l'accident a été rapporté  
Signature

Nom – Prénom :  
Coordonnées :

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 :

	1er accident ou MP	2ème accident ou MP	3ème accident ou MP
Incapacité partielle permanente en %			
Établissement 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,

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**