



Déclaration d'accident de service ou du travail

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...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

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 (*facultatif*) : 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 :@.....

NATURE DE L'ACCIDENT :

- chute de personne chute d'objet manutention heurt (meuble...)
- projection explosion agression contact
- glissade exposition, rayonnement accident de la voie publique
- 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 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 (préciser)

<input type="checkbox"/> Membre supérieur :
<input type="checkbox"/> épaule
<input type="checkbox"/> bras
<input type="checkbox"/> avant bras
<input type="checkbox"/> coude
<input type="checkbox"/> poignet

<input type="checkbox"/> Main :
<input type="checkbox"/> pouce
<input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Visage (préciser)

<input type="checkbox"/> Membre inférieur :
<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> genou
jambe
<input type="checkbox"/> cheville

<input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> orteil(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Yeux
<input type="checkbox"/> oeil droit
<input type="checkbox"/> oeil gauche

<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"/> Dent(s)
<input type="checkbox"/> mâchoire inférieure
<input type="checkbox"/> mâchoire supérieure

<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"/> amputation
<input type="checkbox"/> asphyxie
<input type="checkbox"/> brûlure

<input type="checkbox"/> cervicalgie

<input type="checkbox"/> commotion
<input type="checkbox"/> contusion
<input type="checkbox"/> corps étranger
<input type="checkbox"/> autres : | <input type="checkbox"/> dermite
<input type="checkbox"/> douleur
<input type="checkbox"/> écrasement
<input type="checkbox"/> eczéma

<input type="checkbox"/> électrisation /
électrocution
<input type="checkbox"/> entorse
<input type="checkbox"/> état anxio-dépressif
<input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> gelure
<input type="checkbox"/> hernie
<input type="checkbox"/> inflammation
<input type="checkbox"/> intoxication

<input type="checkbox"/> lésion ligamentaire
ou musculaire
<input type="checkbox"/> lésion psychologique
<input type="checkbox"/> lésion neurologique
<input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> luxation
<input type="checkbox"/> plaie-piqûre
<input type="checkbox"/> traumatisme interne
<input type="checkbox"/> traumatisme
psychologique
<input type="checkbox"/> trouble auditif

<input type="checkbox"/> trouble sensoriel
<input type="checkbox"/> trouble visuel
<input type="checkbox"/> lésions multiples |
|---|---|---|--|

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

Fait à, le

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre 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).