



Déclaration d'accident de service ou de trajet

A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail par voie postale ou navette établissement
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique. Tout dossier incomplet sera retourné

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 ☐ Non 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 par voie postale ou navette établissement
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique. Tout dossier incomplet sera retourné

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 par voie postale ou navette établissement
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique. Tout dossier incomplet sera retourné

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) : NomPrénom.....

Adresse.....

Société d'assurance du tiers (si connu) :

Pièces jointes

☐ Certificat médical volet 1 mentionnant les lésions (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)

- ☐ Témoignages écrits (+ copies CNI) ☐ Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
☐ Emploi du temps de la semaine de l'accident 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
☐ Ordonnances/Prescriptions médicales
☐ 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 ☐ Brûlure, 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/e (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)