

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT : (joindre un emploi du temps)

Matin	Après-midi	Soir
de h à h	de h à h	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 un plan sur lequel sera précisé :

- 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

(ou inversement)

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 | | | |

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 ou des lésions, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples » dans « Nature des lésions ») :

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tête (préciser) | <input type="checkbox"/> Visage (préciser) | <input type="checkbox"/> Yeux :
<input type="checkbox"/> oeil droit
<input type="checkbox"/> oeil gauche | <input type="checkbox"/> Dent(s) :
<input type="checkbox"/> mâchoire inférieure
<input type="checkbox"/> mâchoire supérieure |
| <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"/> Membre inférieur :
<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/> jambe
<input type="checkbox"/> cheville | <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"/> Autre(s) lésion(s)
(préciser) |
| <input type="checkbox"/> Main :
<input type="checkbox"/> pouce
<input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Pied :
<input type="checkbox"/> orteil(s)
(préciser) | | |

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"/> luxation |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> hernie | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> inflammation | <input type="checkbox"/> traumatisme interne |
| <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> eczéma | <input type="checkbox"/> intoxication | <input type="checkbox"/> traumatisme psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> électrisation /
électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire
ou musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif |
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> lésion psychologique | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel |
| <input type="checkbox"/> contusion | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif | <input type="checkbox"/> lésion neurologique | <input type="checkbox"/> trouble visuel |
| <input type="checkbox"/> corps étranger | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> lésions multiples |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | |

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?

- OUI (indiquer ci-dessous les coordonnées du (des) témoin(s) et joindre la ou les dépositions)
 NON (mentionner ci-dessous les coordonnées de la première personne à laquelle l'accident a été signalé)

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration)

.....
.....
.....

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 **consolidé(s) avec séquelles** ? OUI NON

Si oui, joindre la notification et compléter le tableau ci-dessous :

	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 :

- 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)
- pour les agents non titulaires de l'Etat : 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
- pour les agents non titulaires : de l'arrêté n° 76 portant statut des agents permanents de l'administration du Territoire du 23 septembre 1976 modifié et complété (article 24)

Fait à, le :

Signature de l'agent

Reçu le et transmis le :

**Signature et tampon
 du Chef d'établissement
 ou du Chef de service**

Cadre réservé au service des ressources humaines

Reçu le

Signature du Chef de Service

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).