

## DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAVAIL

Accident de service : Agents stagiaires ou titulaires.

Accident de travail : Agents non titulaires recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an.

Vous êtes fonctionnaire titulaire, stagiaire ou non titulaire recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an et vous venez d'être victime d'un accident de service, de travail ou de trajet. Conformément aux dispositifs des articles 47-1 à 47-20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre à votre supérieur hiérarchique, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant le présent formulaire et, sous pli-confidentiel, un certificat médical (qui sera dénommé « certificat médical initial ») indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, éventuellement, la durée probable d'arrêt de travail et de soins. Il doit être établi dans les meilleurs délais, de préférence le jour même ou le lendemain de la date de l'accident. **Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt à votre supérieur hiérarchique dans le délai de 48 h suivant son établissement.**

### INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

**Lieu précis de l'accident** : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu de l'accident : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation.

**Lieu de travail occasionnel** : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

**Mission pour l'employeur** : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission.

**Activité de la victime lors de l'accident** : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident.

**Description et nature de l'accident** : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.) ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec substance dangereuse, etc.).

**Objet dont le contact a blessé la victime** : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil, de machine, etc.

**Accident causé par un tiers** : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée sur cette partie.

**Pièces jointes** : il peut s'agir par exemple, d'une déposition d'un témoin, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels...

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles.

### CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

**Siège des lésions** : indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu ; droite ou gauche.  
En cas de divergence entre le certificat médical et la déclaration, le certificat médical fait foi.

### RAPPEL DES PIECES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DU DOSSIER D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE SERVICE :

**Avec la déclaration :**

- Un certificat médical initial original portant mention des lésions (sous pli confidentiel)
- En cas d'accident de trajet : plan du trajet et copie du procès-verbal ou du constat amiable (le cas échéant)
- En cas d'accident de mission : ordre de mission ou attestation du supérieur hiérarchique

**En cours de soins :**

- Le(s) certificat(s) médical(aux) de prolongation d'arrêt de travail et/ou de soins, **de date à date**
- Les comptes rendus des examens réalisés

**A la fin des soins :**

- Le certificat médical final attestant de la guérison ou de la consolidation des lésions ou de la pathologie

La déclaration est à retourner par mail à [rh@ac-wf.wf](mailto:rh@ac-wf.wf) ou à l'adresse suivante :

VICE-RECTORAT DE WALLIS ET FUTUNA  
Service des ressources humaines  
BP 244 Mata-Utu  
98 600 UVEA  
Wallis et Futuna