



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :**

Date de l'accident : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Heure de l'accident : |\_|\_| h |\_|\_|

**HORAIRE DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :**

<b>Matin</b>	<b>Après-midi</b>	<b>Soir</b>
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** (*salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, voirie, etc...*) :  
.....  
.....

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT** (*tâche exécutée, geste effectué au moment de l'accident*) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**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.

Si la longueur du trajet l'exige, une carte détaillée du lieu de l'accident (imprimée d'un site internet) est demandée.

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel 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 habituel 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 habituel du lieu de travail au lieu de repas ?  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)

*Pour les enfants mineurs, indiquer le nom du représentant légal*

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, véhicule, etc...) :  
.....

**LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :**

.....  
.....

**DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :**    |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

*Joindre obligatoirement le **certificat médical initial original (volet 1 et 2)** décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.*

**Accident** (cocher la case correspondante) :  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>                        |
| <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b><br>épaule, bras, coude,<br>avant-bras, poignet | <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b><br>hanche, cuisse,<br>genou, jambe,<br>cheville | <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b><br>cou, colonne<br>vertébrale, thorax,<br>bassin, abdomen | <input type="checkbox"/> <b>Autre lésion</b><br>.....<br>..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Main :</b><br>pouce, autre doigt                                      | <input type="checkbox"/> <b>Pied</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Lésions multiples</b>   |  |

**NATURE DES LESIONS** (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

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

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?  OUI     NON (*Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement***) :

1) Dans l'affirmative, **joindre leur.s déposition.s** datée.s et signée.s avec nom.s, prénom.s, **fonction.s**, adresse.s:

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

Date |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, **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).

**Signature de la première personne informée :**

Date |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

L'agent a-t-il déjà été victime d'un accident de service ou du travail ou déclaré une maladie professionnelle ?  
 OUI  NON

Si oui :	1 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> 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,
- 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 |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

**Nom, prénom, 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 originairement 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)