

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

IMPORTANT

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...)

Pages à compléter et à transmettre au Service Mutualisé de l'Enseignement Privé 1 er degré SMEP-1D à la DSDEN de l'Ardèche – Place André Malraux – BP 627 – 07006 PRIVAS CEDEX

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 OBLIGATOIRES CONCERNANT LA VICTIME :

Nom de naissance : Nom d'épouse :

Prénoms :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Date de naissance :

Numéro INSEE :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse électronique :@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

Stagiaire Titulaire Non titulaire Maître à titre définitif A B C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

GRADE :

CLASSE :

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal :

Ville :

Téléphone professionnel :

Adresse électronique de l'établissement : @

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident :

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

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 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.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? OUI NON

- heure de départ du domicile :

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail :

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? OUI NON

- heure de départ du lieu de travail :

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail :

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

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?

Combien de temps dure le trajet :

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 ? 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 | | | |

Élément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

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

DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions (cerfa bleu)

- 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 | <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Yeux | <input type="checkbox"/> Dent(s) |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur :
Sauf main :
Epaule, bras, coude, avant-bras, poignet | <input type="checkbox"/> Membre inférieur :
Sauf pied :
Hanche, cuisse, genou, jambe, cheville | <input type="checkbox"/> Tronc :
Cou, colonne vertébrale, thorax, bassin, abdomen | <input type="checkbox"/> Autre lésion |
| <input type="checkbox"/> Main :
Pouce, autre doigt | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> lésions multiples | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermite | <input type="checkbox"/> gelure |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> hernie |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> inflammation |
| <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> eczéma | <input type="checkbox"/> intoxication |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> électrisation /
électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire |
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> lésion psychologique |
| <input type="checkbox"/> contusion | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif | <input type="checkbox"/> lésion neurologique |
| <input type="checkbox"/> corps étranger | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique |
| <input type="checkbox"/> autres : | | |

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

(Médecin, pompiers et gendarmes ne peuvent être cités comme témoins)

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 de 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,

3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositifs 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

