

**DECLARATION**  
**D'ACCIDENT DE TRAVAIL**       **D'ACCIDENT DE TRAJET**

**LA VICTIME**

N° d'immatriculation S.S.

A défaut, sexe  F  M      Date de naissance :            Nationalité : .....

Nom et prénom : .....  
(Nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)

Adresse .....

Date d'embauche :            Profession : .....

Contrat de travail : CDI       CDD

**LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT**

Date            Heure      
H      mn

Lieu de l'accident : .....  
(Nom et adresse du lieu de l'accident)

Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps :

Lieu de travail habituel	<input type="checkbox"/>	Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail	<input type="checkbox"/>
Lieu de travail occasionnel	<input type="checkbox"/>	Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas	<input type="checkbox"/>
Lieu du repas	<input type="checkbox"/>	Au cours d'un déplacement pour l'employeur	<input type="checkbox"/>

Activité de la victime  
lors de l'accident

Nature de l'accident

Objet dont le contact  
a blessé la victime

Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement) :

Siège des lésions :

Nature des lésions :

La victime a été transportée à : .....

L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ?      OUI       NON

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de     à     et de     à

Accident  constaté       connu      le       heure Heure      
H      mn

par l'employeur       par ses préposés       décrit par la victime

l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins le       sous le n° .....

Conséquences : SANS ARRET DE TRAVAIL       AVEC ARRET DE TRAVAIL       DECES

Un rapport de police a-t-il été établi ?      NON       OUI  par qui ? .....

**LE TEMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE (cocher la case correspondante)**

**Le témoin**       ou **la 1<sup>ère</sup> personne avisée**  (en cas d'absence de témoin)

Nom et prénom

Adresse

**LE TIERS**

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI       NON

Si OUI, nom et adresse du tiers

Société d'assurance du tiers

**LE DECLARANT**

Nom, prénom et fonction du déclarant si celui-ci n'est pas la victime : .....