

Logo de la collectivité

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-20 du décret n° 87-607 du 30 juillet 1987, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.



Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre l'arrêt de travail dans le délai de 48h 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 où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement rue maréchal Leclerc et Jules Auber 97400 Saint-Denis).

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 (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez.

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 une 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 (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, 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 dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de gendarmerie ou de témoignage, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles à la compréhension des circonstances de l'accident

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT OU SES AYANTS DROIT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

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 la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

¹ Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime de congés de maladie des fonctionnaires territoriaux

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Page à compléter et à transmettre à votre service des Ressources Humaines
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Adresse :

.....

.....

Tel. Personnel : Mail personnel :

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

.....

.....

Tel professionnel : Mail professionnel :

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Catégorie A B C

Filière : Grade :

Catégorie : Active Sédentaire

Quotité de travail %

Précisez les jours travaillés :

Métier / Fonction : Date d'entrée sur le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier/terrain Restauration scolaire

Autre (à préciser) :

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Description et nature de l'accident : décrire l'évènement qui a conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (*ex : chute, effort physique, agression, collision...*) et comment vous vous êtes blessé, en précisant l'objet qui vous a blessé le cas échéant (*matériau, déchet, tournevis, cutter, perceuse, machine, véhicule, chariot de manutention, substance chimique, porte, mur, sol...*)

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

DESCRIPTION DU TEMPS, DU LIEU ET DE L'ACTIVITE LORS DE L'ACCIDENT

Temps pendant lequel l'accident s'est produit

Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (*si différents, à expliquer*) :

.....

Lieu précis de l'accident

Indiquer les coordonnées et la localisation au sein de l'espace de travail.

Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions ou s'il s'agit d'un accident de trajet, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (*ex : croisement rue maréchal Leclerc et Jules Auber 97400 Saint-Denis*).

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

Préciser s'il s'agit : (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 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 d'une mission pour l'employeur |
| <input type="checkbox"/> Lieu de restauration habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Lieu de télétravail | |
| <input type="checkbox"/> Accident de circulation routière (<i>à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette ...</i>) | |

Activité de la victime au moment de l'accident

Préciser l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez, ou le sujet sur lequel portait la discussion en cas d'agression ou de conflit

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

Témoins

Oui Non

En l'absence de témoin, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident : Nom, prénom, qualité (*et adresse si externe à l'administration*)

.....
.....

Accident causé par un tiers

Oui Non

Nom, prénom, adresse du tiers (*si connu*) :

.....

Société d'assurance du tiers (*si connu*) :

LESION MEDICALEMENT CONSTATEE

Pièces justificatives

Certificat médical (*obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail*)

Autres pièces médicales (*à préciser*) :

Nature des lésions médicalement constatées

Indiquer toutes les conséquences médicales

<input type="checkbox"/> Plaie et blessure	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Luxation, entorse, foulure
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Commotion, traumatisme	<input type="checkbox"/> Brûlure, gelure
<input type="checkbox"/> Empoisonnement, infection	<input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade	<input type="checkbox"/> Choc
<input type="checkbox"/> Effets de température, de lumière, de radiations	<input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations, de la pression	<input type="checkbox"/> Blessures multiples

Autres (*à préciser*) :

Siège des lésions

Préciser le ou les membres atteints :

.....
.....

PIECES JOINTES

Pièces justificatives

Joindre toutes pièces utiles à l'administration

- Certificat médical (*obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail*)
- Témoignages écrits
- Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
- Dépôt de plainte
- Constat amiable
- Ordre de mission
- Bulletin d'hospitalisation
- Plans (*pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident*)
- Autres (à préciser) :

Je soussigné (*prénom et nom*)

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à : Le (*date de déclaration*) :

Signature de l'agent

(*ou de son représentant ou ayant droit, à préciser, s'il y a lieu*)