

N° de dossier

N° d'agent

cadre à remplir par l'administration

Déclaration d'accident du travail

Type d'accident

1 Accident du travail
(dans les locaux de l'administration)

2 Accident de mission

3 Accident de trajet

cocher la case correspondante

Service et adresse administrative de l'agent

1 Direction :

2 Adresse administrative :

3 Téléphone administratif :

Renseignements concernant la victime

1 Nom :

2 Prénom :

3 Epouse :
(pour les femmes mariées)

4 Adresse personnelle :

5 Grade :

6 Sexe : Homme Femme cocher la case correspondante

7 Date de naissance :
jour mois année

8 Date de la dernière affectation dans le service :

jour mois année

L'agent a-t'il déjà été victime d'un ou plusieurs accident(s) de travail ? Si oui, date et nature du (des) précédent(s) accident(s)

--



Catégorie ou niveau de l'agent**Activité habituelle***cocher la case correspondante**cocher la case correspondante*

	titulaire	stagiaire	non titulaire
1 Catégorie A			
2 B			
3 C-D			
4 Autres			
5 Ouvriers d'Etat			

Bureau

Atelier-terrain

Enseignement

Laboratoire

Autre

Horaire de la séance normale de travail**Accident**de à

jour

Date :

mois

année

(en cas d'horaire variable, indiquez l'amplitude de la journée de travail)

Heure, minutes

h

minutes

Lieu précis où s'est produit l'accident**Circonstances détaillées de l'accident**

(environnement : bureau, escalier, route, etc. ; tâche exécutée ; geste effectué...)

- pour les accidents de trajet, joindre un plan officiel indiquant le trajet domicile / travail ou travail / domicile en précisant l'endroit où s'est produit l'accident. Joindre le constat d'accident / le procès-verbal de police / l'acte de notoriété. Dans le cas où l'accident s'est produit en un lieu ou à une date incompatible avec les horaires habituels, joindre une attestation de l'employeur ou préciser les circonstances particulières permettant de considérer néanmoins cet accident comme " survenu en service ".

L'accident a-t-il eu des témoins ?

oui

non

si oui, indiquer les nom, prénom et adresse des témoins *(joindre leurs déclarations)*

-L'accident a-t-il été causé par un tiers ? oui non si oui, indiquer les nom, prénom et adresse de l'auteur de l'accident et éventuellement de sa compagnie d'assurances - N° de police - N° d'immatriculation du véhicule.
- lieu où a été transportée la victime :

Renseignements concernant les blessures apparentes

Siège des lésions	Nature des lésions
(En cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale ; à partir de trois lésions, cocher " lésions multiples ")	
Tête / cou	Amputation
Yeux	Fracture
Membre supérieur (épaule, bras, coude, avant-bras, poignet)	Brûlure physique, chimique
Main (pouce, autre doigt)	Gelure
Membre inférieur (cuisse / hanche, jambe, genou, cheville)	Plaie / piqûre
Pied	Contusion / écrasement
Tronc (torse, rachis, bassin, dos)	Corps étranger
Lésion interne	Hernie
Autre (à préciser)	Lésion ligamentaire, musculaire (entorse, luxation)
Lésions multiples	Lumbago
	Troubles auditifs
	Electrisation / électrocution
	Intoxication
	Asphyxie
	Commotion
	Autre, préciser
	<i>(Cocher la case correspondant à la lésion principale)</i>

