



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

# Déclaration d'accident du travail ou de service

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

**1 ORIGINAL + 1 COPIE A ADRESSER DES QUE POSSIBLE AU SERVICE LIQUIDATEUR  
(si possible dans les 48h suivant l'accident)**

Service liquidateur des prestations	<b>Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du CHER – DAG / Bureau des AT</b> Cité Condé, bâtiment F - Rue du 95ème de ligne - BP 608 - 18016 Bourges Cedex
-------------------------------------	--

*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...).*

*En cas d'accident survenu à un agent auxiliaire ou contractuel, un 3e exemplaire doit être envoyé à l'Inspecteur du travail du lieu de l'accident*

Accident du travail :

Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Accident de service :

Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés)

**DATE DE L'ACCIDENT :** | | | | | | | | | |

**HEURE DE L'ACCIDENT :** | | | | | | |

**TYPE D'ACCIDENT :**

<input type="checkbox"/> Accident sur le lieu de travail :	<input type="checkbox"/> Activités habituelles	<input type="checkbox"/> Accident de trajet	<input type="checkbox"/> Accident en mission
	<input type="checkbox"/> Activités accessoires		

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**  Mme  Mr

Nom de naissance : .....	Nom d'usage : .....
Prénoms : .....	

Situation familiale :  célibataire  marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

Date de naissance : | | | | | | | | | | Lieu de naissance .....

Numéro INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro d'agent (NUMEN) : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse personnelle : .....

.....

Code postal | | | | | | Ville.....

Adresse électronique personnelle : .....@.....

Téléphone : | | | | | | | | | | (mail ou tél demandés pour demande de compléments d'informations liés à l'accident)

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT		GRADE	CATEGORIE
<input type="checkbox"/> fonctionnaire	<input type="checkbox"/> titulaire <input type="checkbox"/> stagiaire	<input type="checkbox"/> classe normale <input type="checkbox"/> hors classe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

**CORPS et DISCIPLINE** (ex : professeur certifié SVT) : .....

**SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :**

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....

.....

Code postal | | | | | | Ville.....

Adresse électronique professionnelle : .....@ac-orleans-tours.fr

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

**HORAIRES 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 .....
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** (ex : *salle de classe, cour, escalier, terrain de sport, laboratoire, voirie, etc*)

.....  
.....

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT** (*environnement, tâche exécutée, geste effectué*)

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

**Où la victime s'est-elle rendue ou a-t-elle été transportée après l'accident ?**

.....

**S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE TRAJET :**

***Si l'accident a eu lieu sur la voie publique, remplir l'annexe ACCIDENT DE VOIE PUBLIQUE  
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 : |\_|\_| h |\_|\_|
- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |\_|\_| h |\_|\_|

L'accident est-il survenu sur le **trajet 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 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 : |\_|\_| 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

**SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (trajet ou pas)** (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 :**

- chute de personne
- chute d'objet
- manutention
- heurt (meuble...)
- projection
- explosion
- agression
- contact
- glissade
- exposition, rayonnement
- accident de la voie publique
- autre .....

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

**SIÈGE DES LÉSIONS** (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 ») :

- Tête**
- Visage**
- Yeux**
- Dent(s)**
- Tronc :**
  - cou
  - colonne vertébrale
  - thorax
  - bassin
  - abdomen
- Main :**
  - pouce
  - autre(s) doigt(s)
- Membre supérieur :**
  - épaule
  - bras
  - avant-bras
  - coude
  - poignet
- Lésions multiples**
- Pied**
- Membre inférieur :**
  - hanche
  - cuisse
  - genou
  - jambe
  - cheville
- Autre(s) lésion(s) préciser :**  
.....  
.....

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

- affection respiratoire
- amputation
- asphyxie
- brûlure
- cervicalgie
- commotion
- contusion
- corps étranger
- autres : .....
- dermite
- douleur
- écrasement
- eczéma
- électrisation / électrocution
- entorse
- état anxio-dépressif
- fracture
- gelure
- hernie
- inflammation
- intoxication
- lésions ligamentaires ou musculaires
- lésion psychologique
- lésion neurologique
- lumbago et sciatique
- luxation
- plaie-piqûre
- traumatisme interne
- trouble auditif
- traumatisme psychologique
- trouble sensoriel
- trouble visuel
- lésions multiples

**Préciser si nécessaire (blessures ou lésions apparentes) :**

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

- sans arrêt de travail : date et heure de reprise de travail .....
- avec arrêt de travail
- décès immédiat

**Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.**

**L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?**

- OUI     NON

- 1) Dans l'affirmative, **joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s)**
- 2) Dans la négative, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, **joindre l'attestation datée et signée avec nom, prénom, fonction, adresse de la première personne à laquelle l'accident a été signalé.**  
Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire.

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ?      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, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 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   |   |   |   |   |   |   |

**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 originellement 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).