



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

RECTORAT

**Déclaration d'accident de service  
ou du travail**

*Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat*



MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

**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)*

**Accident du travail :**

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

**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...).**

**A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES PAR LA VICTIME**

**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 CONCERNANT LA VICTIME :**

Mme       M.

Nom de naissance : \_\_\_\_\_      Nom d'épouse : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

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

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

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

Numéro INSEE : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse personnelle :

Code postal |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|   Ville

Téléphone : \_\_\_\_\_      ou \_\_\_\_\_

Adresse électronique (facultatif) :

**STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :**

stagiaire    titulaire    non titulaire    Maître à titre définitif    A    B    C

**CORPS DISCIPLINE FONCTION** (en toutes lettres) :

**SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE** :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville

Téléphone professionnel :

Adresse électronique professionnelle :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT** :

Date de l'accident : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| Heure de l'accident : |\_|\_| h |\_|\_|

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

**Joindre une copie de l'emploi du temps**

**QUOTITE DE SERVICE** (si travail à temps partiel) :

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT** :

**1- LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT** :

**2- 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 :           |  |   |  |

**3- ELEMENT ASSOCIE** (machine, outil, table, véhicule, sol mouillé, etc...) :

**4- DEPOSITION de l'agent décrivant de manière précise et détaillée les circonstances exactes de l'accident** (environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué) :

**Joindre une attestation sur l'honneur**

**LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :**

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

**Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi le plus rapidement possible après l'accident.**

- 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"/> <b>Tête</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Visage</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Yeux</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b><br>sauf main :<br>épaule, bras, coude,<br>avant bras, poignet | <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b><br>sauf pied :<br>hanche, cuisse,<br>genou, jambe,<br>cheville | <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b><br>cou, colonne<br>vertébrale, thorax,<br>bassin, abdomen | <input type="checkbox"/> <b>Autre lésion</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Main :</b><br>pouce, autre doigt   | <input type="checkbox"/> <b>Pied</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Lésions multiples</b>   | <input type="checkbox"/>                     |

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

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermite                          | <input type="checkbox"/> gelure                               | <input type="checkbox"/> luxation                     |
| <input type="checkbox"/> amputation             | <input type="checkbox"/> douleur                          | <input type="checkbox"/> hernie                               | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre                 |
| <input type="checkbox"/> asphyxie               | <input type="checkbox"/> écrasement                       | <input type="checkbox"/> inflammation                         | <input type="checkbox"/> traumatisme interne          |
| <input type="checkbox"/> brûlure                | <input type="checkbox"/> eczéma                           | <input type="checkbox"/> intoxication                         | <input type="checkbox"/> traumatisme<br>psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie            | <input type="checkbox"/> électrisation /<br>électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou<br>musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif              |
| <input type="checkbox"/> commotion              | <input type="checkbox"/> entorse                          | <input type="checkbox"/> lésion psychologique                 | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel            |
| <input type="checkbox"/> contusion              | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif             | <input type="checkbox"/> lésion neurologique                  | <input type="checkbox"/> trouble visuel               |
| <input type="checkbox"/> corps étranger         | <input type="checkbox"/> fracture                         | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique                 | <input type="checkbox"/> lésions multiples            |
| <input type="checkbox"/> autres :               |   |   |   |

**L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?** (Hors milieu familial ou personne mineure)     OUI     NON

1) Dans l'**affirmative**, joindre obligatoirement leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonction(s), adresse(s).

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, joindre obligatoirement l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses nom(s), prénom(s), fonction(s), adresse(s).

**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 : |\_|\_| 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

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.**

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 ?  NON  OUI

L'agent est-il bénéficiaire d'une ATI  NON  OUI Si oui, joindre une copie de la notification de l'ATI

	1 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> accident ou MP	4 <sup>ème</sup> accident ou MP
Date				
Précisez la(es) lésion(s)				
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 (*rayez les mentions inutiles*) :

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'état par contrat ; des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa 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 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 \_\_\_\_\_, vu et pris connaissance le \_\_\_\_\_

**Nom, prénom, qualité du supérieur hiérarchique** (chef d'établissement, chef de service ou inspecteur de l'éducation nationale) :

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique :**

**Merci de joindre à la présente déclaration, un rapport du supérieur hiérarchique mentionnant la date et les circonstances dans lesquelles il a été informé de l'accident. En cas de réserve sur l'accident, expliciter les arguments.**

NB : « La loi rend passible d'amende et /ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations » (article L114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 et suivants du Code pénal)