

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

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :
.....
.....

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) :
(Joindre une attestation sur l'honneur).....
.....
.....
.....

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

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 | | | |

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

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 dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi 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"/> Tête | <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Yeux | <input type="checkbox"/> Dent(s) |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur :
sauf main :
épaule, bras, coude,
avant bras, poignet | <input type="checkbox"/> Membre inférieur :
sauf pied :
hanche, cuisse,
genou, jambe,
cheville | <input type="checkbox"/> Tronc :
cou, colonne
vertébrale, thorax,
bassin, abdomen | <input type="checkbox"/> Autre lésion |
| <input type="checkbox"/> Main :
pouce, autre doigt | <input type="checkbox"/> Pied : | <input type="checkbox"/> Lésions multiples | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite | <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
psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> électrisation /
électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire
ou musculaire | <input type="checkbox"/> troubles auditifs |
| <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"/> lésions neurologique | <input type="checkbox"/> troubles visuels |
| <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 ? OUI NON (*Remplir la rubrique 1 ou 2 obligatoirement*) :

1) Dans l'affirmative, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

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

Date | | | | | | | |

Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

.....

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date

Signature

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 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} 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 à l'Etat : 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,

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.



Adresse du service chargé du règlement des prestations
INSPECTION ACADEMIQUE de L'HERAULT
SDP – Bureau des affaires médicales
31 rue de l'université
CS 39004
34064 MONTPELLIER cedex 2

VOLET RECAPITULATIF

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

Accident de service, du travail :

Survenu le	□□□□□□□□	à	□□ h □□
Déclaré le	□□□□□□□□		

Victime :

Nom de naissance :
Nom d'épouse :
Prénoms :
Adresse personnelle :
Corps :

Lieu d'affectation :

--