Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Déclaration d'accident de service, du travail ou de rechute

Livre IV du Code de la Sécurité Sociale
Article 21bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983
Articles 47-1 à 47-20 du décret 86-442 du 14 mars 1986

Région Académique Hauts de France

Académie de Lille

Rectorat de Lille
DPP – Bureau des accidents professionnels
144 rue de Bavay
BP 709
59033 LILLE CEDEX
dpp-b3.59r@ac-lille.fr

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…)

DATE DE L'ACCIDENT : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **DATE DE LA RECHUTE** : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

❑	Accident sur le lieu de travail	❑	Accident de trajet	❑	Accident en mission

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

❑ Mme ❑ M.

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

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

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

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

Date entrée dans l'Administration : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Date titularisation : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse personnelle : .....

.....

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

Téléphone : |____|____|____|____|____| ou |____|____|____|____|____|

Adresse électronique **professionnelle** : ..... @ .....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

❑ stagiaire ❑ titulaire ❑ non titulaire ❑ Maître à titre définitif / ❑ A ❑ B ❑ C

GRADE / DISCIPLINE / FONCTION (en toutes lettres) : .....

.....

NOM ET ADRESSE DE L'ECOLE / DE L'ETABLISSEMENT / DU SERVICE (s'il y a lieu indiquer l'établissement de rattachement) :

.....

.....

.....

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

Téléphone de l'établissement : |____|____|____|____|____|

Adresse électronique de l'établissement : ..... @.....

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 (en pourcentage) : .....

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

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT OU DE LA RECHUTE *(environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc…, tâche exécutée, geste effectué)* ***A rédiger/compléter sur papier libre si nécessaire*** :
.....
.....
.....
.....
.....

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
(dans l'affirmative joindre les justificatifs)

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/a-t-elle été transportée après l'accident ? .....

La victime a-t-elle travaillé le jour de l'accident ? ❑ OUI ❑ NON

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 :

- ❑ accident de la voie publique
- ❑ activité sportive
- ❑ agression
- ❑ chute de personne
- ❑ chute d'objet
- ❑ contact (produit) / heurt (meuble...)
- ❑ électrisation / électrocution
- ❑ explosion
- ❑ exposition
- ❑ glissade
- ❑ heurt de personne
- ❑ manutention
- ❑ risques psychosociaux
- ❑ torsion
- ❑ autre ……..

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

..... .

LES BLESSURES OU LESIONS SONT LES SUIVANTES (préciser côté droit ou gauche le cas échéant) :

.....

.....

.....

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Joindre obligatoirement les volets 1 et 2 originaux du certificat médical initial pour accident de travail décrivant les lésions

SIEGE DES LESIONS :

- ❑ **Crâne**
- ❑ **Membre supérieur :**
  - ❑ épaule
  - ❑ rachis cervical
  - ❑ bras
  - ❑ avant bras
  - ❑ coude
  - ❑ poignet
- ❑ **Main :**
  - ❑ pouce
  - ❑ autre(s) doigt(s) (préciser)
- ❑ **Face :**
  - ❑ front
  - ❑ nez
- ❑ **Membre inférieur :**
  - ❑ hanche
  - ❑ fessier
  - ❑ cuisse
  - ❑ genou
  - ❑ jambe
  - ❑ mollet
  - ❑ cheville
- ❑ **Yeux :**
  - ❑ oeil droit
  - ❑ œil gauche
- ❑ **Tronc :**
  - ❑ cou
  - ❑ colonne vertébrale
  - ❑ thorax
  - ❑ côtes
  - ❑ poumons
  - ❑ rachis dorsal
  - ❑ rachis lombaire
  - ❑ bassin
  - ❑ abdomen
  - ❑ coccyx
- ❑ **Dent(s) :**
  - ❑ mâchoire inférieure
  - ❑ mâchoire supérieure
- ❑ **Peau**
- ❑ **Pied**
  - ❑ orteil(s) (préciser)
- ❑ **Autre(s) lésion(s)** (préciser)

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

- ❑ affection respiratoire
- ❑ amputation
- ❑ asphyxie
- ❑ brûlure, gelure
- ❑ cervicalgie
- ❑ commotion
- ❑ contusion
- ❑ dermite, eczéma
- ❑ douleur
- ❑ écrasement
- ❑ entorse
- ❑ fracture
- ❑ hernie
- ❑ inflammation
- ❑ intoxication
- ❑ lésion ligamentaire ou musculaire
- ❑ lésion neurologique
- ❑ lésion / traumatisme psychologique
- ❑ lumbago et sciatique
- ❑ plaie-piqûre
- ❑ traumatisme crânien
- ❑ traumatisme interne
- ❑ trouble auditif
- ❑ trouble sensoriel
- ❑ trouble visuel
- ❑ autres : ……

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? *(Remplir la rubrique 1 ou 2* ***obligatoirement****)* :

1) Si oui, faire remplir ci-dessous par les témoins, 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) Si non, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, **faire remplir ci-dessous par la première personne de l'établissement** à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées (ou joindre une attestation) : (***Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire***)

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

Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature de la 1ère personne avertie

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 :

	1er accident ou MP	2ème accident ou MP	3ème 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) …….
Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à ……., le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature de l'agent

Conformément aux dispositions du règlement (UE) du parlement européen du 27 avril 2016 (RGPD) et de la législation en vigueur, nous traitons vos informations dans le respect de la règlementation sur la protection des données personnelles.
Aussi toutes ces données doivent faire l'objet d'un consentement afin de donner à l'Administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'agent) .....
donne l'autorisation du traitement de mes données

❑ **oui** ❑ **non**

LE REFUS DU CONSENTEMENT ENTRAINERA L'IMPOSSIBILITE DU TRAITEMENT DU DOSSIER

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 originairement 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)