

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986¹, vous devez transmettre à votre bureau des accidents de service, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- l'original du certificat médical initial (volet 1 et 2) indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.
- le dernier volet du certificat médical initial doit être adressé à votre IEN en cas d'arrêt de travail.

Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement



INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE).

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation (formation en lien avec le poste occupé).

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles.

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche. En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

¹ Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Pages à compléter et à transmettre au bureau des accidents de service
Rectorat de Grenoble

DEP

N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

DATE DE L'ACCIDENT : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance Nom d'usage.....
Prénom
Date de naissance
N° Sécurité sociale :
Adresse personnelle
.....
.....
Tel personnel Mél personnel

Coordonnées administratives

Nom de la circonscription
Nom du service d'affectation
Adresse du service d'affectation
.....
Tel professionnel Mél professionnel

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Catégorie A B C
Corps : Grade :

Quotité de travail : %
Précisez les jours travaillés :
Métier / Fonction : Date d'entrée sur le poste :
Activité habituelle :
 Bureau Atelier/terrain Enseignement
 Laboratoire Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (*si différents, à expliquer*) :

Lieu précis de l'accident :

.....
.....

Préciser s'il s'agit : (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail occasionnel | <input type="checkbox"/> Au cours d'une mission pour l'employeur |
| <input type="checkbox"/> Lieu de restauration habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Lieu de télétravail | |
| <input type="checkbox"/> Accident de circulation routière (<i>à cocher pour tout accident sur la voie publique</i>) | |

Activité de la victime lors de l'accident (*Environnement -bureau, escalier, route- et tâche exécutée*) :

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

Description et nature de l'accident (*ex : chute, agression, collision...*) :

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

Objet dont le contact a blessé la victime :

.....

Témoins Oui, 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) :

Non (en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

Date |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_| | Signature du/des témoins :

Accident causé par un tiers Oui Non

Nom, prénom, adresse du tiers (si connu) :

Société d'assurance du tiers (si connu) :

Pièces jointes Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Témoignages écrits | <input type="checkbox"/> Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers |
| <input type="checkbox"/> Dépôt de plainte | <input type="checkbox"/> Constat amiable |
| <input type="checkbox"/> Ordre de mission | <input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Plans (pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident) | |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | |

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

Nature des lésions médicalement constatées

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plaie et blessure | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Luxation, entorse, foulure |
| <input type="checkbox"/> Amputation | <input type="checkbox"/> Commotion, traumatisme | <input type="checkbox"/> Brûlure, gelure |
| <input type="checkbox"/> Empoisonnement, infection | <input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade | <input type="checkbox"/> Choc |
| <input type="checkbox"/> Effets de température, de lumière, de radiations | <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations, de la pression | <input type="checkbox"/> Blessures multiples |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | | |

Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) :

Je soussigné (prénom et nom)

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à : Le (date de déclaration) :

Signature de l'agent
(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)