

**Page à compléter et à transmettre au supérieur hiérarchique**  
*(un envoi direct au bureau des accidents du travail rectorat-DAP/DSDEN est possible : en informer le responsable hiérarchique)*

## Annexe 1

### DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

N° de Sécurité sociale : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

Tel personnel ..... Mail personnel .....

#### Coordonnées administratives

Nom du service d'affection .....

Adresse du service d'affectation .....

.....

.....

Tel professionnel ..... Mail professionnel .....

#### Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire     Titulaire    Catégorie     A     B     C

Corps : ..... Grade : .....

Contractuel (CDI / CDD 12 mois, et à temps complet)

Quotité : ..... % (joindre l'emploi du temps visé par le supérieur hiérarchique)

Métier / Fonction : ..... Date d'entrée sur le poste : .....

Activité habituelle :

Bureau                       Atelier / terrain                       Enseignement

Laboratoire                       Autre (à préciser) : .....

**Page à compléter et à transmettre au supérieur hiérarchique**

*(un envoi direct au bureau des accidents du travail rectorat-DAP/DSDEN est possible : en informer le responsable hiérarchique)*

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

Date de l'accident initial : ..... / ..... / .....      Heure de l'accident : ..... h .....

Date de rechute : ..... / ..... / .....

Horaires de travail le jour de l'accident : .....

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

**Lieu précis de l'accident** : .....

.....  
.....

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

- Lieu de travail habituel
- Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel
- Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de restauration habituel
- Au cours du trajet entre le lieu de restauration et le lieu de travail
- Lieu de télétravail
- Accident de circulation routière (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette ....)

**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 : .....

**Page à compléter et à transmettre au supérieur hiérarchique**

*(un envoi direct au bureau des accidents du travail rectorat-DAP/DSDEN est possible : en informer le responsable hiérarchique)*

**Témoins**

- Oui *(Joindre le témoignage)*  
 Non *(en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)*

Nom, prénom, qualité *(et adresse si externe à l'administration)* :

.....  
.....

**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)*

- Témoignages écrits  Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers  
 Dépôt de plainte  Constat amiable  
 Ordre de mission  Bulletin d'hospitalisation  
 Plans *(pour les accidents de trajets, 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)*  
 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 :

- Plaie et blessure  Fracture  Luxation, entorse, foulure  
 Amputation  Commotion, traumatisme  Brûlure, gelure  
 Empoisonnement, infection  Asphyxie, noyade  Choc  
 Effets de température, de lumière, de radiations  Effets du bruit, des vibrations, de la pression  
 Blessures multiples  
 Autres *(à préciser)* : .....

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

.....

Votre supérieur hiérarchique a-t-il été informé de cette déclaration ?  Oui \*  Non

Je soussigné (prénom, nom) .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à ..... Le (date de déclaration) : ..... / ..... / .....

Signature de l'agent

\* Visa du supérieur hiérarchique

*(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)*