



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

Livre IV du Code de la Sécurité Sociale
Articles L822-18 à L822-25 du Code général de la Fonction Publique
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...), pour lesquels la déclaration est faite par l'employeur (EPLÉ / PIAL / Services Académiques) sur le site net-entreprises.fr ou par correspondance, dans les 48 heures suivant la date de l'accident

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

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 :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

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

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

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

Adresse personnelle :
.....

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

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique **professionnelle** : @

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire / Public Privé

CORPS / 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 **intégral** suivi le jour de l'accident entre le domicile et l'établissement,
- 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 :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> chute d'objet | <input type="checkbox"/> exposition | <input type="checkbox"/> risques psychosociaux |
| <input type="checkbox"/> activité sportive | <input type="checkbox"/> contact (produit) / heurt (meuble...) | <input type="checkbox"/> glissade | <input type="checkbox"/> torsion |
| <input type="checkbox"/> agression | <input type="checkbox"/> électrisation / électrocution | <input type="checkbox"/> heurt de personne | |
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> explosion | <input type="checkbox"/> manutention | |
| <input type="checkbox"/> 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 le certificat médical initial pour accident de travail (volets 1 et 2) décrivant les lésions et prescrivant des soins, ainsi que, le cas échéant, l'avis d'arrêt de travail (volets 1 et 2).

SIEGE DES LESIONS (préciser côté droit ou gauche le cas échéant) :

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

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

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite, eczéma | <input type="checkbox"/> inflammation | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> intoxication | <input type="checkbox"/> traumatisme crânien |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire | <input type="checkbox"/> traumatisme interne |
| <input type="checkbox"/> brûlure, gelure | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> lésion neurologique | <input type="checkbox"/> trouble auditif |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> lésion / traumatisme psychologique | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel |
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> hernie | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> trouble visuel |
| <input type="checkbox"/> contusion | | | |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | |

TEMOIGNAGE : Joindre obligatoirement la/les déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom, prénom, fonction, adresse, rédigée(s) sur papier libre :

- du/des témoin(s) direct(s) de l'accident,

- ou, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, de la première personne **de l'établissement** à laquelle l'accident a été signalé (*qui devra préciser la date et l'heure à laquelle l'accident lui a été signalé*)

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)

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 réglementation 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

Signature de l'agent

**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 originellement 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)