

# DECLARATION D'ACCIDENT

accident de service       accident de trajet

## AFFECTATION

Direction : [Liste déroulante](#)

Nom et qualité du chef de service :

Établissement, service d'affectation :

Adresse :

Nom du médecin de prévention :

Mail :

## LA VICTIME

Nom :

Prénom :

Nom Jeune Fille :

Date de naissance :

N° INSEE :

Résidence administrative :

Adresse domicile :

Grade : [Liste déroulante](#)

Catégorie : [Liste déroulante](#)

Emploi / Fonction : [Liste déroulante](#)

Statut : [Liste déroulante](#) Titulaire/ Stagiaire/ Contractuel/Détaché  
Autre :

Ancienneté sur le poste : Mois/Année

## LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

### Circonstances de l'accident

Date : Jour/mois

Jour de la semaine : [Liste déroulante](#)

Heure :

Lieu de l'accident : [Liste déroulante](#) Lieu de travail habituel /Lieu de travail occasionnel /au cours du trajet domicile et lieu de travail / au cours du trajet entre le travail et le lieu de repas / au cours d'un déplacement pour l'employeur

Lieu exact de l'accident :

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : De à et de à

### Détails de l'accident

Décrire l'événement ayant conduit à l'accident Descriptif rapide de l'accident

Préciser les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit :

Personnes impliquées :

Outils/ matériels utilisés

Tâche accomplie / activité au moment de l'accident : Environnement / contexte :

Y a-t-il eu d'autres victimes ?  oui  non

Si oui  Agents du ministère :  Autres :  
(préciser le nombre)

### Conséquences de l'accident

Nature et siège des lésions : [Liste déroulante à partir des rubriques page 3](#)

Y a-t-il eu hospitalisation ?  oui  non

Y a-t-il eu prise en charge médicale ?  oui  non

L'accidenté est-il toujours hospitalisé ?  oui  non

Si oui, où ?

## Suite probable de l'accident

Sans arrêt de travail :

Avec arrêt de travail (> 24h) :

Décès :

## LE TEMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE

Témoin  personne avisée Nom, prénom et adresse

Nom, prénom et adresse du témoin :

Un rapport a-t-il été établi ? Par qui ?

## LE TIERS Accident causé par un tiers

Nom, prénom et adresse du tiers :

Compagnie/société d'assurance :

Adresse de la compagnie :

N° de la police d'assurance :

Y a-t-il eu dépôt de plainte ?

Un rapport de police a-t-il été établi ?

## Déclarant

Date et signature du déclarant :

## AVIS DU CHEF DE SERVICE

Avis :

IMPUTABLE AU SERVICE  NON IMPUTABLE AU SERVICE (AVIS MOTIVE)

Date, signature et qualité :

**A** **Le**

Signature et cachet du chef de service

## Renseignements concernant les blessures apparentes

Siège des lésions	Nature des lésions
<p>En cas de localisations multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cocher la case correspondante au siège de la lésion principale (si moins de 3 lésions)</li> <li>• à partir de 3 lésions cocher « lésions multiples »</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Tête / Cou</p> <p><input type="checkbox"/> Yeux</p> <p><input type="checkbox"/> Membre supérieur (excepté main)</p> <p>    <input type="checkbox"/> épaule / bras / coude / avant-bras / poignet</p> <p><input type="checkbox"/> Main (pouce, autre doigt)</p> <p><input type="checkbox"/> Membre inférieur (excepté pied)</p> <p>    <input type="checkbox"/> cuisse / hanche / jambe / genou / cheville</p> <p><input type="checkbox"/> Pied</p> <p><input type="checkbox"/> Tronc (torse / rachis / bassin / dos)</p> <p><input type="checkbox"/> Lésion interne</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Lésions multiples</p>	<p>Cocher la case correspondant à la lésion principale</p> <p><input type="checkbox"/> Fracture</p> <p><input type="checkbox"/> Brûlure</p> <p><input type="checkbox"/> Gelure</p> <p><input type="checkbox"/> Plaie, piqûre</p> <p><input type="checkbox"/> Contusion, écrasement</p> <p><input type="checkbox"/> Corps étranger</p> <p><input type="checkbox"/> Hernie</p> <p><input type="checkbox"/> Lésion ligamentaire, musculaire (entorse, luxation)</p> <p><input type="checkbox"/> Lumbago</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles auditifs</p> <p><input type="checkbox"/> Électrisation / Électrocution</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxication</p> <p><input type="checkbox"/> Asphyxie</p> <p><input type="checkbox"/> Commotion</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :</p>
Nature de l'accident	Élément matériel associé à l'accident
<p>Cocher la case correspondante</p> <p><input type="checkbox"/> Chute</p> <p><input type="checkbox"/> Chute d'objet</p> <p><input type="checkbox"/> Manutention</p> <p><input type="checkbox"/> Heurt</p> <p>    (exemple : heurt contre angle de bureau...)</p> <p><input type="checkbox"/> Projection</p> <p><input type="checkbox"/> Contact / Exposition</p> <p><input type="checkbox"/> Explosion</p> <p><input type="checkbox"/> Accident de la route</p> <p><input type="checkbox"/> Agression</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :</p>	<p>(machine outil, outil à main, cutter, véhicule...)</p>