

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

1/ RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement :

Adresse :

.....

Dossier suivi par :

Téléphone : Courriel :

Renseignements concernant la victime

Nom : Prénom :

Date de naissance : Latéralité agent : Droitier(e) Gaucher(e)

Numéro de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

.....

Téléphone : Courriel :

Statut et poste de la victime

Stagiaire Titulaire

Catégorie : A B C

Filière : Grade :

Temps complet Temps partiel :% Temps non complet >28 h :h

Poste occupé :

Date d'entrée dans la collectivité :

2/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Circonstances de temps et de lieu

Date de l'accident :/...../.....

Heure de l'accident :

Horaires habituels de travail :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Si les horaires du jour de l'accident diffèrent des horaires habituels, expliquez-en la raison :

.....

.....

Lieu précis de l'accident :

.....

.....

S'agit-il du : lieu de travail habituel lieu de travail occasionnel lieu de télétravail/ espace co-working

Description de l'accident

Activité de la victime lors de l'accident (tâches réalisées, matériel utilisé, environnement de travail) :

.....

.....

.....

S'agit-il d'une activité entrant dans le cadre des missions habituelles ? OUI NON

Si NON précisez :

.....

Nature de l'accident (ex : chute de hauteur ou de plain-pied, effort de soulèvement, accident électrique, ...) et description précise des circonstances de sa survenance :

.....

.....

.....

Port d'EPI : OUI, précisez lesquels.....

NON, expliquez pourquoi :

Conséquences de l'accident

(Indiquez les conséquences que vous souhaitez porter à la connaissance de l'autorité territoriale)

Nature des lésions médicalement constatées :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plaie et blessure | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Luxation, entorse, foulure |
| <input type="checkbox"/> Ecrasement, Amputation | <input type="checkbox"/> Commotion, traumatisme | <input type="checkbox"/> Brûlure, gelure |
| <input type="checkbox"/> Intoxication, infection | <input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade | <input type="checkbox"/> troubles sensoriels (bruit, vibration..) |
| <input type="checkbox"/> blessures multiples | <input type="checkbox"/> troubles psychologiques | <input type="checkbox"/> lésions internes |

Autres (préciser) :

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

Latéralité des lésions : droite gauche bilatérale

L'accident entraîne-t-il un arrêt de travail : OUI NON si oui pour quelle durée initiale :

Témoins :

OUI NON

Si oui précisez Nom / Prénom / Qualité / Coordonnées si extérieurs à la collectivité :

1/

2/

Pièces jointes à la présente déclaration

Pièce à joindre obligatoirement : Certificat médical de constat de lésion

Pièces utiles à l'instruction pouvant être jointes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Témoignages écrits | <input type="checkbox"/> Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers |
| <input type="checkbox"/> Ordre de mission/convocation | <input type="checkbox"/> Photos |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | |

Attestation sur l'honneur de la victime

Je soussigné(e)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées dans le présent formulaire

Fait à

Le (date de la déclaration) :

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

Attention : Le formulaire de déclaration accompagné du certificat médical de constat de lésions doit être adressé à l'autorité territoriale dans un délai de quinze jours à compter de la date de l'accident ou de la constatation médicale des lésions dans l'hypothèse où cette dernière intervient dans un délai de deux ans à compter de l'accident. Si l'accident entraîne un arrêt de travail, le certificat est à produire à l'employeur dans un délai de 48h à compter de son établissement.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION (A compléter obligatoirement)

Date de réception:

du formulaire de déclaration de l'agent :

du certificat médical initial de constat des lésions :

Les délais de déclaration sont-ils respectés : OUI NON

Si NON => La demande de l'agent doit-être rejetée

Si OUI => Instruire la demande de reconnaissance d'imputabilité

Imputabilité :

Les éléments contenus dans la déclaration de l'agent (circonstances de lieu, de temps et lien avec les activités professionnelles) permettent-ils de reconnaître l'imputabilité au service :

OUI NON

Si OUI => Prise d'un arrêté

Si NON => Réalisation d'une enquête administrative (cf : formulaire à disposition)

Signature et cachet de l'Autorité territoriale