

# ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAJET

## 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 : .....

Précisez si l'accident est intervenu :

au cours du trajet habituel entre le domicile et lieu de travail

au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail

au cours du trajet entre lieu de télétravail / de co-working et lieu de travail ou le domicile

autres .....

Le trajet direct a-t-il été :

- Interrompu :  OUI  NON

- Détourné :  OUI  NON

Si OUI, précisez le(s) motif(s) du détour ou de l'interruption de trajet : .....

### Circonstances de l'accident (suite)

S'agit-il d'un accident de la circulation (*accident survenu sur le domaine public impliquant un ou plusieurs véhicules : automobile, vélo, moto...*) :  OUI       NON

Si oui, quel moyen de transport était utilisé : .....

Nom et adresse de la compagnie d'assurance du véhicule du déclarant : .....

L'accident a-t-il été causé par un tiers :  OUI       NON

Si oui, Nom, Prénom et adresse du tiers (si connus) : .....

Nom et adresse de la compagnie d'assurance du tiers (si connus) : .....

Un constat amiable a-t-il été établi :  OUI       NON

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi :  OUI       NON

### Description de l'accident de trajet

Activité(s) de la victime au moment de l'accident : .....

Nature de l'accident (ex : chute, collision ) et description précise des circonstances de sa survenance : .....

### 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                         |
| <input type="checkbox"/> 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"/> Plan du trajet habituel      | <input type="checkbox"/> Plan du trajet effectué le jour de l'accident     |
| <input type="checkbox"/> Constat amiable              | <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 apportent-ils la preuve de l'imputabilité au service**

*(Accident qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère est de nature à détacher l'accident du service. Le trajet peut être détourné pour des nécessités de la vie courante)*

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**