

ANNEXE 4 : ENQUETE ADMINISTRATIVE SUITE A DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

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 :

Accident survenu le :

Rapport circonstancié du supérieur hiérarchique direct

Nom et Prénom du responsable hiérarchique direct :

Avis sur l'activité de la victime au moment de l'accident de service (tâches confiées par exemple) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avis sur la nature de l'accident et les circonstances de celui-ci telles que décrites par l'agent :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à

Le :

Signature du responsable hiérarchique direct :

Pièces jointes par la victime

Certificat médical (*obligatoire*)

Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Témoignages écrits

Ordre de mission/convocation

Photos

Autres (à préciser) :

.....

Analyse des circonstances de temps et de lieu de l'accident

L'accident est-il survenu dans le temps du service ? OUI NON (1)

Si non, détaillez les éléments permettant d'aboutir à cette conclusion :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'accident est-il survenu sur le lieu du service : OUI NON (1)

Si non, détaillez les éléments permettant d'aboutir à cette conclusion :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1) Dans ce cas, une saisine de la Commission de Réforme doit être réalisée

Analyse relative aux activités exercées au moment de l'accident

L'accident est-il survenu dans l'exercice des fonctions de l'agent ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou d'une activité normale qui en constitue le prolongement normal ? OUI NON (1)

Si non, détaillez les éléments permettant d'aboutir à cette conclusion :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'accident a-t-il été causé par une faute personnelle de l'agent pouvant détacher l'accident du service ?

OUI (1) NON

Si oui, laquelle :

.....

.....

L'accident a-t-il été cause par une circonstance particulière pouvant détacher l'accident du service ?

OUI (1) NON

Si oui, laquelle :

.....

.....

Observations éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1) Dans ce cas, une saisine de la Commission de Réforme doit être réalisée

Avis de l'autorité territoriale

Imputabilité au service de l'accident : OUI NON (si NON saisine obligatoire de la Commission de Réforme avant la prise de décision)

Motivations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à

Le.....

Signature de l'autorité territoriale

Ce formulaire a pour objet de permettre à la collectivité de se prononcer sur l'imputabilité et est à distinguer de la déclaration également parfois désignée « enquête administrative » sollicitée le cas échéant par l'assurance statutaire.