

## ANNEXE 5 : ENQUETE ADMINISTRATIVE SUITE A DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAJET

### 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 :** .....

### Pièces jointes par la victime

- Certificat médical (*obligatoire*)
- Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
- Témoignages écrits
- Ordre de mission/convocation
- Photos
- Plan du trajet habituel
- Plan du trajet effectué le jour de l'accident
- Constat amiable
- Autres (à préciser) : .....

### Analyse des circonstances de lieu de l'accident

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel de l'agent entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration :  OUI  NON

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

.....

.....

.....

.....

.....

L'agent a-t-il effectué une interruption ou un détour ?  OUI  NON

Si oui, le détour ou l'interruption était-il (elle) justifié(e) par des nécessités de la vie courante (exemples : école, crèche, boulangerie...)

OUI  NON

Raisons du détour/de l'interruption : .....

.....

.....

.....

.....

.....

### Analyse des circonstances de temps de l'accident

L'accident est-il survenu aux horaires normaux du trajet et pendant la durée normale pour effectuer ce trajet ?

OUI  NON

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Analyse des autres circonstances de l'accident

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

OUI  NON

Si oui, laquelle : .....

.....

.....

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

Si oui, laquelle : .....

.....

.....

Observations éventuelles : .....

.....

.....

.....

.....

.....

**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.***