

DÉCLARATION INTERNE D'ACCIDENT / D'AGRESSION

- Rubriques 1 à 6 à remplir par **le responsable direct** de l'agent accidenté et **l'accidenté ou la victime d'agression qui doit signer la déclaration** ;
- Remplir la rubrique 7 en cas d'accident de trajet ;
- Document à transmettre dans la journée où l'accident s'est produit ou au plus tard dans les vingt-quatre heures **par tout moyen au service ressources humaines.**

1 - Agent

Nom : Prénom : Nom de naissance :

Site d'affectation : Grade : Fonction :

Horaires le jour de l'accident : Matin de à Après-Midi de à

Horaires habituels de travail : Matin de à Après-Midi de à

2 – ACCIDENT (à remplir également en cas d'agression)

S'agit il d'un accident / d'une agression ?

Date (jj/mm/aaaa) : Heure (hh:mm) :

Lieu de travail :

L'accident entraîne t il une interruption de service : OUI NON

Latéralité de l'agent : Droitier Gaucher Sans objet

<u>SIEGE DES LESIONS</u>	<u>NATURE DES LESIONS</u>
Tête : (yeux exceptés)	
Yeux : gauche droit (<i>barrer la mention inutile</i>)	Brûlure physique, chimique
	Contusion, hématome
Membres supérieurs (mains exceptées) : Gauche Droit (<i>barrer la mention inutile</i>)	Coupure, Plaie
	Entorse, luxation
Main : gauche droite (<i>barrer la mention inutile</i>)	Lumbago, douleur dorsale

Tronc (colonne vertébrale exceptée)	Douleur d'effort
Colonne vertébrale	Fracture
Membres inférieurs (pieds exceptés) : Gauche Droit (<i>barrer la mention inutile</i>)	Lésions multiples
	Piqûre d'insecte
Pied : Gauche Droit (<i>barrer la mention inutile</i>)	Présence de corps étranger
Localisations multiples à préciser :	Réaction allergique ou inflammatoire
	Morsure Lésion interne
	Atteintes sensorielles
	Commotion, perte de connaissance
	Lésions nerveuses
	Electrisation, électrocution
	Gelure
	Lésion potentiellement infectieuse due au produit biologique
	Amputation
	Asphyxie
	Autres à préciser :

3 - CIRCONSTANCES PRECISES ET DETAILLEES DE L'ACCIDENT (noter le(s) agents(s) présent(s), la ou les tâche(s) réalisée(s), le(s) matériel(s) utilisé(s) ainsi que le milieu de travail) **OU DE L'AGRESSION.**

4 - AMELIORATIONS PROPOSEES (afin d'éviter un semblable accident ou une semblable agression).

5 – témoin(s) oculaire(s) de l'accident (ceux qui ont vu personnellement) **OU DE L'AGRESSION.**

Témoins oui non

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus

1 / Nom : Prénom : Qualité :

Visa :

2 / Nom : Prénom : Qualité :

Visa :

NB : les témoins oculaires ne sont pas obligatoires.

5.1 - Tiers en cause

oui non

Nom du tiers en cause :

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance du tiers en cause :

6 - observations complémentaires

Signature du Responsable de service Nom : Prénom : Signature :	Signature de l'agent Date de la déclaration : Signature :
--	--

7 – Trajet

Définition : accident survenu pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

N'est pas considéré comme un accident de trajet les déplacements pendant le temps de travail dans le cadre des missions de l'agent mais comme accident de travail.

L'accident ou l'agression est-il (elle) survenu(e) sur le trajet habituel : OUI NON

Durée nécessaire habituelle pour parcourir ce trajet :hmin

Le trajet a-t-il été détourné OUI NON interrompu OUI NON

Si oui, motifs :

L'accident (ou l'agression) est-il (elle) arrivé(e)

Pendant l'interruption de trajet ? OUI NON

ou

Après l'interruption de trajet ? OUI NON

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

Un constat de police ou un rapport de gendarmerie a-t-il été établi ? OUI NON

7.1 - TIERS en cause

oui non

Nom du tiers en cause :

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance du tiers en cause :

<p>Signature du Responsable de service Nom : Prénom : Signature :</p>	<p>Signature de l'agent Date de la déclaration : Signature :</p>
---	---

8 - PREJUDICE SUR LES BIENS (EN CAS D'AGRESSION)

8-1 - PERSONNELS

Précisez, s'il y a lieu, les préjudices causés aux biens personnels de l'agent :

8-2 - DE L'ÉTABLISSEMENT

Précisez, s'il y a lieu, les préjudices causés aux biens de l'employeur :

<p>Signature du Responsable de service Nom : Prénom : Signature :</p>	<p>Signature de l'agent Date de la déclaration : Signature :</p>
---	---