



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON
DIRH5 accidents
2 G rue du Général Delaborde
BP 81921
21019 DIJON cedex

Déclaration d'accident de service ou du travail

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :

Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1^{er} et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés)

Accident du travail :

Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

A retourner au bureau DIRH5 des accidents du travail.

DATE DE L'ACCIDENT : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

<input type="checkbox"/>	Accident sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>	Accident de trajet	<input type="checkbox"/>	Accident en mission
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle :

.....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique (facultatif) :@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire Maître à titre définitif A B C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

.....

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

.....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique professionnelle :@.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |__| |__| |__| |__| |__| |__| Heure de l'accident : |__| |__| h |__| |__|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |__| |__| |__| |__| |__| |__|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de h à h	de h à h	de h à h
de h à h	de h à h	de h à h

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) :

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? OUI NON

- heure de départ du domicile : |__| |__| h |__| |__|

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |__| |__| h |__| |__|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? OUI NON

- heure de départ du lieu de travail : |__| |__| h |__| |__|

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |__| |__| h |__| |__|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? OUI NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?

Combien de temps dure le trajet : |__| |__| h |__| |__|

Si le trajet a été détourné, motifs :

Si le trajet a été interrompu, motifs :

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? AVANT APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ?

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers :

Adresse :

Nom et adresse de l'assurance :

..... N°de police :

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

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.

NATURE DE L'ACCIDENT :

- chute de personne
- chute d'objet
- manutention
- heurt (meuble...)
- projection
- explosion
- agression
- contact
- glissade
- exposition, rayonnement
- accident de la voie publique
- autre

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

- sans arrêt de travail
- avec arrêt de travail
- décès immédiat

SIEGE DES LESIONS (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

- Tête
- Visage
- Yeux
- Dent(s)
- Membre supérieur :
sauf main :
épaule, bras, coude,
avant bras, poignet
- Membre inférieur :
sauf pied :
hanche, cuisse,
genou, jambe,
cheville
- Tronc :
cou, colonne
vertébrale, thorax,
bassin, abdomen
- Autre lésion
- Main :
pouce, autre doigt
- Pied
- Lésions multiples
-

NATURE DES LESIONS (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- affection respiratoire
- amputation
- asphyxie
- brûlure
- cervicalgie
- commotion
- contusion
- corps étranger
- autres :
- dermite
- douleur
- écrasement
- eczéma
- électrisation /
électrocution
- entorse
- état anxio-dépressif
- fracture
- gelure
- hernie
- inflammation
- intoxication
- lésion ligamentaire
ou musculaire
- lésion psychologique
- lésion neurologique
- lumbago et sciatique
- luxation
- plaie-piqûre
- traumatisme interne
- traumatisme
psychologique
- trouble auditif
- trouble sensoriel
- trouble visuel
- lésions multiples

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? OUI NON (*Remplir la rubrique 1 ou 2 obligatoirement*) :

1) Dans l'affirmative, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

.....
.....
.....
.....
.....

Date

Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

.....
.....
.....
.....
.....

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date | | | | | | | | | |

Signature

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? OUI NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à, le | | | | | | | | | |

Signature de l'agent

Fait à, le | | | | | | | | | |

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON
DIRH5 accidents
2 G rue du Général Delaborde
BP 81921
21019 DIJON cedex

A

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)

M.....

Fonction

certifie que

M.....
.....

a été victime d'un accident de service ou du travail le

L'intéressé(e) ¹ :

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa2),
- **agent non titulaire de l'Etat**, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,
- **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L719-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.

Fait à, le

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

NB : Ce certificat ne peut être remis que s'il subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service ou au travail. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur un budget propre des universités ...).

¹ Rayer les mentions inutiles



INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

- **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE EN CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON
DIRH5 accidents
2 G rue du Général Delaborde
BP 81921
21019 DIJON cedex

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez nous contacter à l'adresse mail suivante :

Ce.dirh5.at@ac-dijon.fr

- **LES ORIGINAUX DES FEUILLES DE SOINS DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES PRESCRIPTIONS CORRESPONDANTES ET DES COORDONNEES BANCAIRES DES PRESTATAIRES DE SANTE.**
- Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.

VOLET RECAPITULATIF DES SOINS

Documents à faire compléter par les prestataires de santé, à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins (bureau DIRH5, Rectorat).

Accident de service, du travail :

Survenu le _ _ _ _ _ _ _ _ à _ _ h _ _
Déclaré le _ _ _ _ _ _ _ _

Victime :

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénoms :
Adresse personnelle :
Corps :

Lieu d'affectation :

--

Date des prestations	Nature des prestations	Délivrance de certificats médicaux	Délivrance d'ordonnances	Signature du praticien ou cachet du pharmacien	Montant de la facture

DEMANDE DE RENOUELEMENT DU VOLET RECAPITULATIF DES SOINS

Adresse :
Code postal : commune :

Je demande le renouvellement du volet récapitulatif des soins

Date de la demande : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_| Signature de l'agent :