

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAVAIL

Public concerné :

Accident de service : Agents stagiaires ou titulaires.

Accident de 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....

Conformément aux dispositifs des articles 47-1 à 47-20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre au rectorat, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant le présent formulaire et, sous pli-confidentiel, les volets 1 et 2 du certificat médical initial « accident du travail maladie professionnelle ». **Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre à votre supérieur hiérarchique le dernier volet du certificat médical dans le délai de 48 h suivant son établissement.**

NOTICE

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu de l'accident : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE).

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, du lieu de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission.

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident.

Description et nature de l'accident : décrivez l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.) ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec substance dangereuse, etc.).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil, de machine, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée sur cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

Siège des lésions : indiquez l'endroit du corps qui a été atteint en précisant, s'il y a lieu ; droite ou gauche.

En cas de divergence entre le certificat médical et la déclaration, le certificat médical fait foi.

RAPPEL DES PIECES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DU DOSSIER D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE SERVICE :

Avec la déclaration :

- Un certificat médical initial original accident du travail (Cerfa n° 11138*04), volets 1 et 2 portant mention des lésions (sous pli confidentiel)
- En cas d'accident de trajet : plan du trajet et copie du procès-verbal ou du constat amiable (le cas échéant)
- En cas d'accident de mission : ordre de mission ou attestation du supérieur hiérarchique

En cours de soins :

- Le(s) certificat(s) médical(aux) de prolongation d'arrêt de travail et/ou de soins, de date à date
- Les comptes rendus des examens réalisés

A la fin des soins :

- Le certificat médical final attestant de la guérison ou de la consolidation des lésions ou de la pathologie

La déclaration est à retourner à l'adresse suivante :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON
DIRH5 bureau des accidents de service et maladies professionnelles
2G rue du Général Delaborde
BP81921
21019 DIJON cedex

Pour plus d'information sur les accidents de service / travail, merci de consulter le dispositif accident de travail maladie professionnelle de l'académie via le lien suivant :

<http://www.ac-dijon.fr/pid32615/accident-de-service-de-travail-maladie-professionnelle.html>

ou sur le site ac-dijon.fr, rubrique personnels

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAVAIL

Documents à envoyer au bureau DIRH5- AS/MP

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom d'usage suivi du nom de naissance (*si différent*) :

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 (*obligatoire*) : _____ ou _____

Adresse électronique professionnelle (*obligatoire*) : @

Attention des documents vous seront transmis via cette adresse mail

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire (temps plein et à l'année) Maître à titre définitif

A B C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (*en toutes lettres*) :

QUOTITE DE SERVICE (*si travail à temps partiel*) :

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal : _____ Ville :

Téléphone professionnel : _____ Adresse électronique service : @

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

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou de travail ou d'une ou plusieurs maladies professionnelles ?

OUI NON

Si oui, merci de préciser la(les) date(s) :

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

DATE DE L'ACCIDENT : __ / __ / ____ **Heure de l'accident :** __ h __

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

HORAIRES HABITUELS (si différents, à expliquer) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

PRECISER S'IL S'AGIT : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail occasionnel | <input type="checkbox"/> Lieu de restauration habituel |
| <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail | <input type="checkbox"/> Au cours d'une mission pour l'employeur |
| | <input type="checkbox"/> Lieu de télétravail |
| <input type="checkbox"/> Accident de la circulation (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette...) | |

ACTIVITE DE LA VICTIME LORS DE L'ACCIDENT : (Environnement – bureau, escalier, route... - et tâche exécutée) :

RECIT DETAILLE DE L'ACCIDENT (ex : chute, agression, intervenants,...):

Objet dont le contact a blessé la victime :

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

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? OUI NON (en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident) :

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration)

Témoignage :

Date __ / __ / ____

Signature du/des témoins :

DATE DE LA CONSTATION 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.

<input type="checkbox"/> Sans arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Décès immédiat
--	--	---

LES BLESSURES ET LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

SIEGE DES LESIONS :

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

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> lumbago sciatique | <input type="checkbox"/> luxation |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> électrisation / électrocution | <input type="checkbox"/> lésion neurologique | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> inflammation | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif |
| <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> intoxication | <input type="checkbox"/> traumatisme psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> contusion | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif |
| | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> trouble visuel | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel |
| <input type="checkbox"/> autres (à préciser) : | | | |

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).

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarée

Fait à, le __ / __ / ____

Signature obligatoire de l'agent