

**Déclaration d'accident de service
ou du travail****à transmettre au service académique des accidents de services
de la DSDEN de Seine-Maritime
5 place des faïenciers - 76037 ROUEN cedex****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...).

DATE DE L'ACCIDENT : | | | | | | | |**TYPE D'ACCIDENT** (cocher la case correspondante) :

☐ Accident sur le lieu de travail	☐ Accident de trajet	☐ Accident en mission
--	---	--

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :☐ Mme☐ M.

Nom de famille: 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 : | | | | | | | |

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 LÉSIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

DATE DE LA 1^{ère} 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

☐ Membre supérieur
(sauf main)

☐ Main :
☐ pouce
☐ autre(s) doigt(s)
(préciser) | ☐ Visage

☐ Membre inférieur
(sauf pied)

☐ Pied
☐ orteil(s)
(préciser) | ☐ Yeux
☐ oeil droit
☐ oeil gauche

☐ Tronc :
☐ cou
☐ colonne vertébrale
☐ thorax ☐ bassin
☐ abdomen | ☐ Dent(s)
☐ mâchoire inférieure
☐ mâchoire supérieure

☐ Autre(s) lésion(s)
(préciser) |
|---|---|--|---|

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

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

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, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 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

ATTESTATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Je soussigné(e) (chef d'établissement ou chef de service)

Atteste avoir été informé(e) le

De l'accident survenu le, dans les circonstances précisées ci-dessus

A Monsieur/Madame

Observations :

Fait à, le | | | | | | | |

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

EN CAS DE RESERVE SUR L'ACCIDENT ETABLIR UNE ATTESTATION EN EXPLICITANT LES ARGUMENTS.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € 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).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1°D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2°De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3°De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).