



Déclaration d'accident de service, du travail ou de rechute

Livre IV du Code de la Sécurité Sociale
Article 21bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983
Articles 47-1 à 47-20 du décret 86-442 du 14 mars 1986

Région Académique
Hauts de France

Académie de Lille

Rectorat de Lille
DPP – Bureau des accidents professionnels
144 rue de Bavay
BP 709
59033 LILLE CEDEX
dpp-b3.59r@ac-lille.fr

**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...)**

DATE DE L'ACCIDENT : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| **DATE DE LA RECHUTE :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

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 :

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

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

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

Date entrée dans l'Administration : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Date titularisation : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Adresse personnelle :
.....

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

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique **professionnelle** : @

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire Maître à titre définitif / A B C

GRADE / DISCIPLINE / FONCTION (en toutes lettres) :

NOM ET ADRESSE DE L'ECOLE / DE L'ETABLISSEMENT / DU SERVICE (s'il y a lieu indiquer l'établissement de rattachement) :

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

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

Téléphone de l'établissement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique de l'établissement : @

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 (en pourcentage) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT OU DE LA RECHUTE (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) **A rédiger/compléter sur papier libre si nécessaire :**

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

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

(dans l'affirmative joindre les justificatifs)

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/a-t-elle été transportée après l'accident ?

La victime a-t-elle travaillé le jour de l'accident ? OUI NON

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 :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> chute d'objet | <input type="checkbox"/> exposition | <input type="checkbox"/> risques psychosociaux |
| <input type="checkbox"/> activité sportive | <input type="checkbox"/> contact (produit) / heurt (meuble...) | <input type="checkbox"/> glissade | <input type="checkbox"/> torsion |
| <input type="checkbox"/> agression | <input type="checkbox"/> électrisation / électrocution | <input type="checkbox"/> heurt de personne | |
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> explosion | <input type="checkbox"/> manutention | |
| <input type="checkbox"/> autre | | | |

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

LES BLESSURES OU LESIONS SONT LES SUIVANTES (préciser côté droit ou gauche le cas échéant) :

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Joindre obligatoirement les volets 1 et 2 originaux du certificat médical initial pour accident de travail décrivant les lésions

SIEGE DES LESIONS :

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Face :
<input type="checkbox"/> front
<input type="checkbox"/> nez | <input type="checkbox"/> Yeux :
<input type="checkbox"/> oeil droit
<input type="checkbox"/> oeil gauche | <input type="checkbox"/> Dent(s) :
<input type="checkbox"/> mâchoire inférieure
<input type="checkbox"/> mâchoire supérieure |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur :
<input type="checkbox"/> épaule
<input type="checkbox"/> rachis cervical
<input type="checkbox"/> bras
<input type="checkbox"/> avant bras
<input type="checkbox"/> coude
<input type="checkbox"/> poignet | <input type="checkbox"/> Membre inférieur :
<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/> fessier
<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/> jambe
<input type="checkbox"/> mollet
<input type="checkbox"/> cheville | <input type="checkbox"/> Tronc :
<input type="checkbox"/> cou
<input type="checkbox"/> colonne vertébrale
<input type="checkbox"/> thorax
<input type="checkbox"/> côtes
<input type="checkbox"/> poumons
<input type="checkbox"/> rachis dorsal
<input type="checkbox"/> rachis lombaire
<input type="checkbox"/> bassin
<input type="checkbox"/> abdomen
<input type="checkbox"/> coccyx | <input type="checkbox"/> Peau |
| <input type="checkbox"/> Main :
<input type="checkbox"/> pouce
<input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)
(préciser) | | | <input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> orteil(s) (préciser) |
| | | | <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s)
(préciser) |

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

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite, eczéma | <input type="checkbox"/> inflammation | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> intoxication | <input type="checkbox"/> traumatisme crânien |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire | <input type="checkbox"/> traumatisme interne |
| <input type="checkbox"/> brûlure, gelure | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> lésion neurologique | <input type="checkbox"/> trouble auditif |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> lésion / traumatisme psychologique | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel |
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> hernie | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> trouble visuel |
| <input type="checkbox"/> contusion | | | |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | |

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

1) Si oui, faire remplir ci-dessous par les témoins, ou joindre leur(s) **déposition(s)** datée(s) et signée(s) avec nom(s),prénom(s), fonctions, adresse(s) :

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

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|..... Signature du/des témoins :

