

**DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET**

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

**IMPORTANT**

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...)

Pages à compléter et à transmettre au bureau des accidents de service, RECTORAT - SAPAMH - 7 Place – Bir Hakeim - CS81065 - 38021 GRENOBLE CEDEX 1

**A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E) EN 2 EXEMPLAIRES**

**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 OBLIGATOIRES CONCERNANT LA VICTIME :**

Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : .....

Prénoms : .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Date de naissance : ..... ..

Numéro INSEE : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Adresse électronique : .....@.....

**STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :**

Stagiaire  Titulaire  Non titulaire  Maître à titre définitif  A  B  C

**CORPS DISCIPLINE FONCTION** (en toutes lettres) : .....

**GRADE** : .....

**CLASSE** : .....

**SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :**

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone professionnel : .....

Adresse électronique de l'établissement : ..... @ .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :**

Date de l'accident : ..... .....

Heure de l'accident : ..... .....

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 :

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

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

- heure de départ du lieu de travail : ..... ..

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : ..... ..

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 : .....

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 ?  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 :**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> chute d'objet           | <input type="checkbox"/> manutention                  | <input type="checkbox"/> heurt (meuble...) |
| <input type="checkbox"/> projection        | <input type="checkbox"/> explosion               | <input type="checkbox"/> agression                    | <input type="checkbox"/> contact           |
| <input type="checkbox"/> glissade          | <input type="checkbox"/> exposition, rayonnement | <input type="checkbox"/> accident de la voie publique |  |
| <input type="checkbox"/> autre .....       |  |   |  |

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

.....

**LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :**

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

**DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :** ..... ..

**Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions (cerfa bleu)**

- 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 ») :

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Tête</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Visage</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Yeux</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b><br>Sauf main :<br>Epaule, bras, coude, avant-bras, poignet | <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b><br>Sauf pied :<br>Hanche, cuisse, genou, jambe, cheville | <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b><br>Cou, colonne vertébrale, thorax, bassin, abdomen | <input type="checkbox"/> <b>Autre lésion</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Main :</b><br>Pouce, autre doigt  | <input type="checkbox"/> <b>Pied</b>  | <input type="checkbox"/> <b>lésions multiples</b>   | <input type="checkbox"/> .....               |

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermite                          | <input type="checkbox"/> gelure                            |
| <input type="checkbox"/> amputation             | <input type="checkbox"/> douleur                          | <input type="checkbox"/> hernie                            |
| <input type="checkbox"/> asphyxie               | <input type="checkbox"/> écrasement                       | <input type="checkbox"/> inflammation                      |
| <input type="checkbox"/> brûlure                | <input type="checkbox"/> eczéma                           | <input type="checkbox"/> intoxication                      |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie            | <input type="checkbox"/> électrisation /<br>électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire |
| <input type="checkbox"/> commotion              | <input type="checkbox"/> entorse                          | <input type="checkbox"/> lésion psychologique              |
| <input type="checkbox"/> contusion              | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif             | <input type="checkbox"/> lésion neurologique               |
| <input type="checkbox"/> corps étranger         | <input type="checkbox"/> fracture                         | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique              |
| <input type="checkbox"/> autres : .....         |   |  |

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

(Médecin, pompiers et gendarmes ne peuvent être cités comme témoins)

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 de travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ?  OUI  NON Si oui :

	1 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> 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 : des articles L822-18 à L822-25 du code général de la fonction publique,
- 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 dispositifs généraux 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**