



**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 :**

<b>Matin</b>	<b>Après-midi</b>	<b>Soir</b>
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 : .....



- affection respiratoire
- amputation
- asphyxie
- brûlure
- cervicalgie
- commotion
- contusion
- corps étranger
- autres : .....
- dermite
- douleur
- écrasement
- eczema
- électrisation / électrocution
- entorse
- état anxio-dépressif
- fracture
- gelure
- hernie
- inflammation
- intoxication
- lésion ligamentaire ou musculaire
- lésion psychologique
- lésion neurologique
- lumbago et sciatique

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 <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 : 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 |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Transmis à l'autorité habilitée à se prononcer sur l'imputabilité au service

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique**

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