DÉCLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE –

D’ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire territorial, stagiaire ou titulaire CNRACL et êtes victime d’un accident de service ou de trajet. En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, il convient d’adresser par tout moyen à l’autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l’établissement public une déclaration d’accident de service ou de trajet dans un délai de 15 jours à compter de la date de l’accident, une déclaration d’accident comportant :

* le présent formulaire précisant les circonstances de l’accident ;
* un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l’accident ainsi que, s’il y a lieu, la durée de l’incapacité de travail en découlant.

**Si l’accident entraîne un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l’autorité territoriale dans un délai de 48 h 00 suivant son établissement.**

**Dans un souci d’harmonisation des pratiques, le présent formulaire peut également être utilisé par
les agents publics IRCANTEC (fonctionnaire territorial < 28h hebdo et agent contractuel de droit public), afin de satisfaire à leur obligation de déclaration d’accident du travail.**

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de la collectivité/établissement public.**

**Ne pas oublier de joindre un certificat médical.**

**DÉCLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE OU D’ACCIDENT DE TRAJET**

**INFORMATIONS RELATIVES À LA VICTIME**

**Informations personnelles**

Nom de naissance : Nom d’usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

Téléphone personnel :

Mail personnel : @

**Coordonnées administratives**

Nom de la collectivité/de l’établissement public :

Nom du service d’affectation :

Adresse :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel : @

**Statut et catégorie de l’agent**

[ ]  Stagiaire [ ]  Titulaire [ ]  Contractuel [ ]  A [ ]  B [ ]  C

Cadre d’emplois :

Grade :

DHS :

[ ]  Temps non complet

[ ]  Temps partiel, quotité : %

Précisez les jours travaillés :

Métier/fonctions :

Date d’entrée en poste :

Activité habituelle :

[ ]  Terrain[ ]  Bureau[ ]  Atelier[ ]  Autre :

**INFORMATIONS RELATIVES À L’ACCIDENT**

Date de l’accident : Heure de l’accident : h

Horaires de travail le jour de l’accident :

Horaires habituels *(si différents des horaires du jour de l’accident, expliquer)* :

Lieu précis de l’accident *(coordonnées et localisation au sein de l’espace de travail, si l’accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d’exercice des fonctions : nom et adresse de l’établissement ou éléments de localisation)* :

Préciser s’il s’agit *(plusieurs réponses possibles)* :

[ ]  Lieu de travail habituel

[ ]  Lieu de travail occasionnel *(ex : lieu de formation)*

[ ]  Lieu de restauration habituel

[ ]  Lieu de télétravail

[ ]  Accident de la circulation routière *(à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette, etc.)*

[ ]  Au cours du trajet domicile/lieu de travail

[ ]  Au cours d’une mission pour l’employeur *(ex : réunion extérieure, ou dans le cadre d’un ordre de mission)*

[ ]  Au cours du trajet lieu de restauration habituel/lieu de travail

Activité de la victime lors de l’accident *(tâche exécutée au moment de l’accident)*:

Description de la nature de l’accident *(ex : chute, agression, etc.)* :

Objet dont le contact a blessé la victime *(ex : matériau, outil, véhicule, etc.)* :

Témoins éventuels : [ ]  Oui [ ]  Non *(si non, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l’accident)*

Nom/prénom/qualité *(adresse si externe à l’administration)* :

Accident causé par un tiers : [ ]  Oui [ ]  Non

Nom/prénom/adresse du tiers *(si connu)* :

Société d’assurance du tiers *(si connu)* :

**Conséquences de l’accident**

Nature des lésions médicalement constatées :

*En cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres ».*

[ ]  Plaie/blessure

[ ]  Fracture

[ ]  Amputation

[ ]  Commotion/traumatisme

[ ]  Asphyxie/noyade

[ ]  Luxation/entorse/foulure

[ ]  Brulure/gelure

[ ]  Choc *(chocs consécutifs à des agressions, menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques)*

[ ]  Empoisonnement/infection

[ ]  Effets de température, de lumières, de radiations

[ ]  Effets du bruit, des vibrations, de la pression *(perte auditive aiguë, barotraumatisme…)*

[ ]  Blessures multiples

[ ]  Autres (à préciser) :

Siège des lésions *(indiquer l’endroit du corps qui a été atteint : tête, membres, yeux, etc., préciser s’il y a lieu, droite ou gauche. En cas de divergence avec le certificat médical, seul ce dernier fait foi)* :

Pièces jointes

[ ]  Certificat médical *(obligatoire même sans prescription d’arrêt de travail)*

[ ]  Témoignages écrits

[ ]  Rapport de police/gendarmerie/pompiers

[ ]  Dépôt de plainte

[ ]  Constat amiable

[ ]  Ordre de mission

[ ]  Bulletin d’hospitalisation

☐ Plans *(pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l’itinéraire emprunté, préciser le lieu de départ et d’arrivée, le parcours habituel s’il est différent de l’endroit où l’accident s’est produit)*

[ ]  Autres *(à préciser)*:

Je soussigné(e) *(prénom et nom)* :

Certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées.

Fait à : Le *(date de la déclaration)* :

Signature de l’agent ou de son représentant s’il y a lieu :