

## Déclaration d'accident du travail

### Type d'accident

**1** Accident du travail   
(dans les locaux de l'administration)

**2** Accident de mission

**3** Accident de trajet

Cocher la case correspondante.

### Service et adresse administrative de l'agent

**1** Direction :

**2** Adresse administrative :

**3** Téléphone administratif :

### Renseignements concernant la victime

**1** Nom :

**2** Prénom :

**3** Epouse :  
(pour les femmes mariées)

**4** Adresse personnelle :

**5** Grade : Inspecteur

**6** Sexe : Homme  Femme

Cocher la case correspondante.

**7** Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jour

mois

année

**8** Date de la dernière affectation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dans

le service :

jour

mois

année

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou plusieurs accident (s) de travail ? Si oui, date et nature du (des) précédent (s) accident (s).

Catégorie ou niveau de l'agent		Activité habituelle				
		Cocher la case correspondante				
		Titulaire	Stagiaire	Non-titulaire	Bureau	
1	Catégorie A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bureau	<input type="checkbox"/>
2	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atelier-terrain	<input type="checkbox"/>
3	C-D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enseignement	<input type="checkbox"/>
4	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laboratoire	<input type="checkbox"/>
5	Ouvriers d'Etat	<input type="checkbox"/>			Autre	<input type="checkbox"/>

Horaire de la séance normale de travail		Accident	
de	<input type="text"/>	à	<input type="text"/>
(en cas d'horaire variable, indiquez l'amplitude de la journée de travail).		Date :	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
			jour                      mois                      année
		Heure, minutes	<input type="text"/>   <input type="text"/> h <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> mn

**Lieu précis où s'est produit l'accident**

**Circonstances détaillées de l'accident**

**l'accident a-t-il eu des témoins ,**       **oui**                       **non**

si oui, indiquer les nom, prénom et adresse des témoins (joindre leurs déclarations)

- l'accident a-t-il été causé par un tiers ,  oui  non

Si oui, indiquer les nom, prénom et adresse de l'auteur de l'accident et éventuellement de sa compagnie d'assurances. N° de police - N° d'immatriculation du véhicule.

- lieu où a été transportée la victime :

## Renseignements concernant les blessures apparentes

### Siège des lésions

(En cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale ; à partir de trois lésions, cocher « lésions multiples ».)

- Tête / cou
- Yeux
- Membre supérieur excepté main  
(épaule, bras, coude, avant-bras, poignet)
- Main (pouce, autre doigt)
- Membre inférieur excepté pied  
(cuisse / hanche, jambe, genou, cheville)
- Pied
- Tronc (torse, rachis, bassin, dos)
- Lésion interne
- Autre (à préciser)
- Lésions multiples

### Nature des lésions

- Amputation
- Fracture
- Brûlure physique, chimique
- Gelure
- Plaie / piqûre
- Contusion / écrasement
- Corps étranger
- Hernie
- Lésion ligamentaire, musculaire (entorse, luxation)
- Lumbago
- Troubles auditifs
- Electrification / électrocution
- Intoxication
- Asphyxie
- Commotion
- Autre, préciser

(Cocher la case correspondant à la lésion principale).

**Nature de l'accident**

- Chute**
- Chute d'objet**
- Manutention**
- Heurt**  
(ex. : heurt contre un coin de bureau)
- Projection**
- Contact / exposition**
- Explosion**
- Accident de la route**
- Agression**
- Autre, préciser**  
(cocher la case correspondante).

**Arrêt de travail**

(Cocher la case correspondante)

- L'accident a-t-il nécessité l'interruption momentanée du travail :  oui  non
- immédiatement
- après un certain temps
- L'accident a-t-il nécessité un arrêt de travail :  oui  non

si oui, indiquer le nombre de jours, et la date des arrêts

.....jours d'arrêts

du ..... au.....

du ..... au.....

du ..... au .....

**Élément matériel associé à l'accident**

(Machine-outil, outil à main, véhicule ...)

Je soussigné,  
(nom, prénom)

certifie sur l'honneur l'exactitude des causes et circonstances de l'accident et sollicite :

 pour les fonctionnaires, le bénéfice des dispositions de l'article 34-2, 2° alinéa, de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique de l'Etat ; pour les non-titulaires, le bénéfice des dispositions du livre IV du Code de la sécurité sociale.

Fait à ....., le .....

Signature de l'agent.

Cachet du service et signature du Chef de service  
(indiquer ses nom, prénom et grade)

(cocher la case correspondante)

**Cadre à remplir par l'administration**

- |   |                              |                              |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| - Décès   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |                                   |
| - Incapacité permanente :                           | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | en cours <input type="checkbox"/> |
|   | Si oui, taux                 | %                            |                                   |
| - Octroi d'une allocation temporaire d'invalidité : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | en cours <input type="checkbox"/> |
|   | Si oui, taux                 | %                            |                                   |

Un duplicata de cette déclaration doit être obligatoirement communiqué par l'administration au médecin de prévention du département (art. 27, du décret 82-453 du 28 mai 1982 modifié), à l'inspecteur hygiène et sécurité (note DPSG du 18 mai 1993) et au comité d'hygiène et de sécurité compétent.