



RESSOURCES HUMAINES

Déclaration d'accident de service ou d'accident de trajet

☐ VILLE

☐ C.C.A.S

VICTIME :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

.....

Tél personnel :

E-Mail personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES :

Nom du service d'affection :

Adresse du service d'affection :

.....

Tel professionnel :

E-Mail professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

☐ Stagiaire

☐ Titulaire

Catégorie

☐ A

☐ B

☐ C

Grade :

Quotité de travail :

Précisez les jours travaillés :

Métier / Fonction :

Date d'entrée sur le poste :

Tél professionnel :

Mail professionnel :

Activité habituelle :

☐ Bureau

☐ Atelier / terrain

☐ Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident :Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (si différents, à expliquer) :

Lieu de l'accident :

.....

Préciser s'il s'agit : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Lieu de travail habituel
- ☐ Lors du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- ☐ Lieu de travail occasionnel
- ☐ Lors d'une mission pour l'employeur
- ☐ Lieu de télétravail

Activité de la victime lors de l'accident : (Environnement et tâche exécutée)

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

Description et nature de l'accident : (ex : chute, agression, collision ...)

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

TEMOINS :

☐ Oui

☐ Non

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à la collectivité) :

.....
.....

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS :

☐ Oui

☐ Non

Nom, prénom, adresse du tiers (si connu) :

.....
.....

Société d'assurance du tiers (si connu) :

Tél professionnel :

E-mail professionnel :

PIECES JOINTES :

- ☐ Certificat médical (*obligatoire, même sans arrêt de travail*)
- ☐ Témoignages écrits
- ☐ Rapport de police / de gendarmerie / de pompiers
- ☐ Dépôt de plainte
- ☐ Constat amiable
- ☐ Ordre de mission
- ☐ Bulletin d'hospitalisation
- ☐ Plans (*pour accident de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident*)
- ☐ Autre (à préciser) :

Siège des lésions (*préciser le ou les membres atteints*) :
.....
.....

Je soussigné(e) (Civilité Prénom et NOM).....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarée.

Fait à

Le

Signature de l'agent :

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

Quelle que soit la gravité de la blessure, qu'il y ait ou non un arrêt de travail, **une déclaration doit être établie en double exemplaire** à l'occasion de tout accident de service, soit par le chef de service, soit par l'agent de maîtrise qui disposait du pouvoir de commandement sur la victime lors de l'accident. **L'un des exemplaires est à adresser dans les 24 heures à la Direction des Ressources Humaines**, l'autre est à conserver aux archives du service concerné.