

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.