



MINISTÈRE DE  
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



## CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné (grade et fonction du chef de service) \_\_\_\_\_  
certifie que M. \_\_\_\_\_  
a été victime d'un accident de service.

M. \_\_\_\_\_ fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) relève de  
la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction  
publique de l'Etat. En conséquence les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à  
cet accident de service seront pris en charge par son administration dans les conditions  
prévues par l'article 34 du statut général du fonctionnaire de l'Etat et par la circulaire  
interministérielle n°1711, 34/CMS et 2B9 du 30 janvier 1989.

Fait à, \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature du supérieur hiérarchique,  
cachet établissement,

Les relevés d'honoraires, mentionnant le numéro de SIRET (14 chiffres, délivré par l'INSEE),  
obligatoirement accompagnés d'un relevé d'identité bancaire, devront être adressés, directement au  
service liquidateur, par les différents praticiens à :

**RECTORAT DE NANCY – METZ**  
**DIPEAOS 3 – Service AT / MP**  
**2 rue Philippe de Gueldres**  
**CO 30013**  
**54035 Nancy cedex**

Il est précisé :

1. que cette décision provisoire ne peut être prise que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident de service
2. que cette attestation ne lie pas la commission de réforme qui donne un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie

**DOCUMENT A CONSERVER PAR LA VICTIME ET A PRESENTER**  
**AUPRES DE CHAQUE PRATICIEN**

**RECTORAT DE NANCY – METZ**  
**DIPEAOS 3 – Service AT / MP**  
**2 rue Philippe de Gueldres**  
**CO 30013**  
**54035 Nancy cedex**

**Relevé des honoraires médicaux**

(volet à remettre au médecin)

Accident de service :
Survenu le _____ à _____ heures _____ déclaré le _____ à _____

Accidenté :
<div style="border: 1px solid black; width: 40%; margin: 0 auto; height: 20px;"></div> N° d'assuré social
Nom : _____ Prénom : _____
Grade: _____
Adresse : Rue : _____ N° : _____
Arrondissement ou commune : _____ département : _____

Service ou établissement	
	Désignation et adresse du service ou établissement

**CADRE RESERVE AU PRATICIEN**

Le praticien soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents de service, ils s'élèvent à la somme globale de:

€

N° de SIRET :

*14 chiffres délivré par l'INSEE*

Cachet du médecin

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du praticien :

**Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal**



**RECTORAT DE NANCY – METZ**  
**DIPEAOS 3 – Service AT / MP**  
**2 rue Philippe de Gueldres**  
**CO 30013**  
**54035 Nancy cedex**

**Relevé des prescriptions pharmaceutiques**

(volet à remettre au pharmacien)

Accident de service :  Survenu le _____ à _____ heures _____ déclaré le _____ à _____
--

Accidenté : <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> N° d'assuré social Nom : _____ Prénom : _____ Grade: _____ Adresse : Rue : _____ N° : _____ Arrondissement ou commune : _____ département : _____
--

Service ou établissement	
	Désignation et adresse du service ou établissement

**CADRE RESERVE AU PHARMACIEN**

Le pharmacien soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des fournitures pharmaceutiques prescrites médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été faites et que, décomptées au tarif légal en vigueur en matière d'accidents de service, elles s'élèvent à la somme globale de:

€

N° de SIRET :

*14 chiffres délivré par l'INSEE*

Cachet du médecin

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du praticien :

**Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal**



**RECTORAT DE NANCY – METZ**  
**DIPEAOS 3 – Service AT / MP**  
**2 rue Philippe de Gueldres**  
**CO 30013**  
**54035 Nancy cedex**

**Relevé des honoraires de l'auxiliaire médical**

(volet à remettre à l'auxiliaire médical)

Accident de service :
Survenu le _____ à _____ heures
déclaré le _____ à _____

Accidenté :
<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> N° d'assuré social
Nom : _____ Prénom : _____
Grade: _____
Adresse : Rue : _____ N° : _____
Arrondissement ou commune : _____ département : _____

Service ou établissement	
	Désignation et adresse du service ou établissement

**CADRE RESERVE A L'AUXILIAIRE MEDICAL**

l'auxiliaire médical soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des soins prescrits médicalement par les ordonnances et suivant accord ci-joint ont été donnés et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents de service, ils s'élèvent à la somme globale de:

€
---

N° de SIRET :

*14 chiffres délivré par l'INSEE*

Cachet du médecin

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du praticien :

**Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal**

