

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

EMPLOYEUR

Etablissement ou service d'affectation :

Adresse : _____

Nom et Qualité du chef d'établissement ou de service : _____

N° de téléphone : _____

VICTIME

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° de sécurité sociale : _____ clé : _____

Adresse personnelle : _____

_____ N° de téléphone : _____

Titulaire Contractuel(le)

Grade : _____ Discipline : _____ Date d'embauche : _____

ACCIDENT

Date et heure de l'accident : _____ à _____ h _____

(préciser le jour)

Horaire de travail de la victime

le jour de l'accident : de ___ h ___ à ___ h ___ et de ___ h ___ à ___ h ___

Lieu de l'accident ¹ _____

siège et nature des lésions (1): _____

(préciser s'il y a lieu, le côté droit ou gauche)

Circonstances détaillées de l'accident : _____

Lieu où a été transportée la victime : _____ est-elle hospitalisée ? _____

Où ? _____

Suite probable :

SANS ARRET DE TRAVAIL

AVEC ARRET DE TRAVAIL SUPERIEUR A 24 H

TEMOINS	ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS
Noms prénoms : _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Adresse : _____	Si oui, un recours a-t'il été formulé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Y a t'il eu rapport de police ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom et adresse du tiers : _____
Etabli par qui ? _____	Compagnie d'assurance et N° de police du tiers : _____

A _____, le
signature de l'intéressé,

signature du supérieur hiérarchique,
(nom et cachet)

¹ Voir annexe 1 bis

**Les listes ci-dessous ne sont données qu'à titre indicatif.
Elles n'excluent pas les précisions complémentaires que l'employeur serait en mesure de
fournir.**

LIEU DE L'ACCIDENT

- Trajet avec tiers
- Trajet sans tiers
- Lieu de travail habituel
- Lieu de travail occasionnel

NATURE DES LESIONS

- | | |
|--------------------------------------|---|
| - Fracture | - Douleurs |
| - Brûlure | - Lumbago |
| - Gelure | - Intoxication |
| - Amputation | - Dermite |
| - Plaie (coupure, écorchure, autres) | - Troubles visuels |
| - Piqûre | - Troubles auditifs |
| - Contusion | - Déchirures musculaires ou tendineuses |
| - Inflammation | - Lésions nerveuses |
| - Entorse | - Lésions dentaires |
| - Luxation | - Traumatisme crânien |
| - Asphyxie | - autre traumatisme |
| - Commotion | - Hématome |
| - Présence d'un corps étranger | - Divers |
| - Hernie | |

SIEGE DES LESIONS

- Tête (yeux exceptés)
- Yeux
- Membres supérieurs (mains exceptés)
- main
- Tronc
- Membres inférieurs (pieds exceptés)
- Pied
- Sièges internes