

**DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE (titulaire ou stagiaire),  
DU TRAVAIL (non-titulaire) OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE.**

DPCP

- Chefs des services déconcentrés de l'éducation nationale (recteurs d'académie et inspecteurs d'académie – directeur(trice) académique des services de l'éducation nationale)
- agents non-titulaires de l'État rémunérés par l'administration centrale du ministère de l'éducation nationale et en fonction à l'administration centrale, recrutés à temps complet et pour une durée égale ou supérieure à un an

*Droit d'accès et de rectification des données en application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978*

Cadre à remplir par le bureau des accidents professionnels

**TYPE D'ACCIDENT** (cocher la case correspondante)

- Accident de service ou du travail (dans les locaux de l'administration)
- Accident de mission
- Accident de trajet

N° du dossier :

**SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE**

Direction/ Etab ..... Bureau .....

Numéro de l'agent Numen (le demander si nécessaire au service gestionnaire) | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse administrative .....

.....

.....

..... Ville ..... Code postal .....

Téléphone administratif .....

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom de naissance (pour les femmes mariées indiquer le nom de jeune fille) .....

Prénoms .....

Nom d'épouse .....

Adresse personnelle .....

.....

.....

.....

..... Ville ..... Code postal .....

Sexe (cocher la case correspondante)      Féminin       Masculin

Date de naissance      \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone personnel (facultatif)

Adresse mail : .....

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

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

**CATEGORIE DE L'AGENT** (cocher la case correspondante)

CATEGORIE	TITULAIRES	STAGIAIRES	NON-TITULAIRE	
			Contrat inférieur à un an ou emploi à temps incomplet	Contrat supérieur à un an
A				
B				
C				

**CORPS ET GRADE** (en toutes lettres) .....

**ACTIVITE HABITUELLE** (cocher la case correspondante)

- Bureau
- Atelier
- Terrain
- Enseignement
- Laboratoire
- Autres (surveillance, sécurité, cuisine, jardin, etc ...)

**HORAIRE DE LA SEANCE NORMALE DE TRAVAIL** en cas d'horaire variable, indiquez l'amplitude de la journée de travail

Matin	Après-midi	Soir
De..... à.....	De..... à.....	De..... à.....

Temps partiel (période non travaillée au titre du temps partiel).....



**ACCIDENT DE TRAJET**

Joindre photocopie carte routière ou plan de ville sur laquelle seront indiqués par une X :

- le point de départ et le point prévu pour l'arrivée
- le lieu de l'accident
- le trajet suivi habituellement ainsi que celui suivi le jour de l'accident (s'il diffère du trajet habituel) dans leur intégralité

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? .....

- Heure de départ du domicile.....
- Heure à laquelle l'accidenté(e) commence d'habitude son travail.....
- Heure de départ du lieu de travail.....

• L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ou au lieu habituel des repas ? .....

• Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? .....

• Combien de temps dure le trajet ?.....

• Le trajet a-t-il été détourné ?..... Motifs .....

• Le trajet a-t-il été interrompu ?..... Motifs .....

• L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ?.....

• Où la victime s'est elle rendue ou bien, où a-t-elle été transportée après l'accident ?.....

• L'accident a-t-il été causé par un tiers ?.....

• Nom et prénoms de l'auteur de l'accident .....

• Adresse .....

• Nom et adresse de l'assurance .....

• N° de police .....

• Un procès-verbal de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? Si oui, par qui ? (joindre une copie).....

**LES BLESSURES APPARENTES SONT LES SUIVANTES** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Sans arrêt de travail  (cocher la case correspondante)  
Avec arrêt de travail   
Décès immédiat

**SIEGE DES LESIONS** (En cas de localisation multiple, cocher la case correspondante au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher « lésions multiples »)

- |  |  |
|--|--|
| Tête cou <input type="checkbox"/>                        | Membre inférieur (excepté pied) <input type="checkbox"/> |
| Yeux <input type="checkbox"/>                            | Cuisse hanche  |
| Membre supérieur (excepté main) <input type="checkbox"/> | Jambe  |
| Épaule   | Genou  |
| Bras   | Cheville   |
| Coude  | Pied <input type="checkbox"/>                            |
| Avant-bras   | Tronc <input type="checkbox"/>                           |
| Poignet  | Torse  |
| Main <input type="checkbox"/>                            | Rachis   |
| Pouce  | Bassin   |
| Autre doigt  | Lésion interne <input type="checkbox"/>                  |
|  | Autre lésion (à préciser) <input type="checkbox"/>       |
|  | Lésions multiples <input type="checkbox"/>               |

**NATURE DES LESIONS** (cocher la case correspondante à la lésion principale) :

- Amputation   
Fracture   
Brûlure physique, chimique   
Gelure   
Plaie, piqûre   
Contusion, écrasement   
Corps étranger   
Hernie   
Lésion ligamentaire, musculaire   
Entorse   
Luxation   
Lombalgies – dorsalgies   
Troubles auditifs

**NATURE DE L'ACCIDENT** (cocher la case correspondante)

- Chute   
Chute d'objet   
Manutention   
Heurt (ex : contre un coin de meuble, de fenêtre ...)   
Projection   
Contact-exposition   
Explosion   
Accident de la route   
Agression   
Glissade due à élément extérieur   
Action violente et soudaine   
Autre (à préciser)

- Troubles visuels
- Intoxication
- Asphyxie
- Lésion nerveuse
- Lésion dentaire
- Allergie
- Autre lésion (à préciser)

**ELEMENT MATERIEL ASSOCIE A L'ACCIDENT** (machine outil, outil à main, véhicule, etc ...) .....

.....  
.....

**L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?**

Dans l'affirmative, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déclaration(s) datée(s) et signée(s)

Nom(s), prénom(s), adresse(s) et déposition(s) du ou des témoins de l'accident .....

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

Date

Signature des témoins



---

---

Je soussigné(e), (nom, prénom) certifie sur l'honneur l'exactitude des causes et circonstances de l'accident et sollicite (rayer la mention inutile) :

Pour les titulaires ou stagiaires, le bénéfice des dispositions de l'article 34-2, 2ème alinéa, de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

Ou

Pour les agents non-titulaires, le bénéfice des garanties prévues par le livre IV du code de la sécurité sociale et le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié,

Fait à, ..... Le .....

Nom et qualité du supérieur hiérarchique

Signature de l'agent

Cachet du service

**- Dossier à expédier S/C de la Voie Hiérarchique au Recteur - DPCP**  
**- Tout dossier incomplet sera retourné.**