

# DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-3 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987<sup>(1)</sup>, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.



**Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement**



## INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE).

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

## CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

(1) Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux

# DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines. N'oubliez pas de joindre un certificat médical

## DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance..... Nom d'usage.....

Prénom.....

Date de naissance ...../...../.....

N° Sécurité sociale.....

Adresse personnelle .....

.....

.....

Tel personnel .... Mèl personnel .....

### COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service .....

Lieu du service.....

.....

Tel professionnel .... Mèl professionnel .....

### STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

Stagiaire  Titulaire

Catégorie  A  B  C

Filière :.....

Grade.....

Quotité de travail : .....%

Précisez les jours travaillés : .....

Métier / Fonction : ..... Date d'entrée sur le poste.....

Activités habituelles : .....

# DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

## 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 précis de l'accident** : .....

.....

.....

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

Lieu de travail habituel

Au cours du trajet domicile/lieu de travail

Lieu de travail occasionnel

Au cours d'une mission pour l'

Lieu de restauration habituel

Au cours du trajet lieu de restauration habituel/lieu de travail

Lieu de télétravail

Accident de la circulation routière (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette...)

**Activité de la victime lors de l'accident** (Environnement, bureau, escalier, route...et tâche exécutée) :

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Objet dont le contact a blessé la victime : .....

**Témoins** :  Oui

Non (en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première

personne informée de la survenance de l'accident)

Nom(s), prénom(s), qualité(s) (et adresse(s) si externe(s) à l'administration) :

.....

.....

# DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

**Accident causé par un tiers :**  Oui  Non

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

.....

.....

Société d'assurance du tiers (*si connue*) : .....

**Pièces jointes :**  Certificat médical (*obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail*)

Témoignages écrits  Rapport de police/ de gendarmerie/ des pompiers

Dépôt de plainte  Constat amiable

Ordre de mission  Bulletin d'hospitalisation

Plans (*pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel et l'endroit où s'est produit l'accident*)

Autres (*à préciser*)

## **CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT**

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration.

Nature des lésions médicalement constatées

Plaie et blessure  Fracture  Luxation, entorse, foulure

Amputation  Commotion, traumatisme  Brûlure, gelure

Empoisonnement, infection  Asphyxie, noyade  Choc

Effets de température, de lumière, de radiations  Effets du bruit, des vibrations de la pression  Blessures multiples

Autres (*à préciser*).....

Je soussigné (*prénom et nom*) .....

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

Fait à : .....

Le (*date de déclaration*) .....

**Signature de l'agent** (*ou de son représentant s'il y a lieu*)