

# 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 (heur, 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

☐ 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)

# DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

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 de rattachement, une déclaration comportant :

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

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie,
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,

ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

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

## MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

*Article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires*

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).
3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

## COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

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

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu la période d'exposition (du ... au ...)

Fiche d'exposition au risque (Article L. 4163-1 du Code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin

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

(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 DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**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**

Collectivité .....

Nom et adresse du service.....

.....

Tel professionnel ....

Mèl professionnel.....

**STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT**

☐ Stagiaire    ☐ Titulaire    Catégorie    ☐ A    ☐ B    ☐ C

Filière : ..... Grade.....

Quotité de travail : ..... %

Métier / Fonction : .....

Date d'entrée sur le poste : .....

Activités habituelles : .....

.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

Désignation de la maladie .....

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code :

.....

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (s'il est connu) :

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

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.)

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

Elément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (machine, appareil, produit...)

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

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

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

Date de la première constatation médicale de la maladie : .....

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du .....au.....

du .....au.....

du .....au.....

**ATTESTATIONS DE TEMOINS EVENTUELS :** ☐ oui ☐ non

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

.....  
.....

**PIECES JOINTES**

☐ Certificat médical (obligatoire) ☐ Témoignages ☐ Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

☐ Pli confidentiel – secret médical (à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »)

☐ Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

☐ Autres documents médicaux (copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister) :

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

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, à préciser, s'il y a lieu)