



RÉGION ACADÉMIQUE ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAVAIL

Ne pas utiliser cet imprimé pour :

- Les personnels du 1^{er} degré Education nationale (gérés par les DSDEN) ;
- Les personnels non titulaires à temps incomplet durée inférieure à 1 an (gérés par la CPAM) ;
- Les délégués auxiliaires à temps incomplet durée inférieure à 1 an (gérés par la CPAM) ;
- Les personnels rémunérés par les EPLE (gérés par la CPAM) ;
- Les personnels rémunérés sur budget propre des universités (CPAM).

Articles 47-1 à 47-20 du décret N°86-442 du 14 mars 1986 (Fonctionnaire)

Décret n°86-83 du 17 janvier 1986 (Non Fonctionnaire)

VOUS EXERCEZ COMME ADMINISTRATIF ENSEIGNANT ENSEIGNANT CONTRACTUEL 1 AN A TEMPS COMPLET

DANS LE 1^{er} DEGRE PRIVE 2^e DEGRE PRIVE 2^e DEGRE PUBLIC ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
 CIO DSDEN RECTORAT

DATE DE L'ACCIDENT | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | **JOUR DE LA SEMAINE** L / M / M / J / V / S A ____ H ____

TYPE D'ACCIDENT (Cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/>	ACCIDENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL	<input type="checkbox"/>	ACCIDENT DE TRAJET	<input type="checkbox"/>	ACCIDENT EN MISSION (Fournir Ordre de Mission)
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME MADAME MONSIEUR

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRENOM : LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION FAMILIALE CELIBATAIRE MARIE(E) PACS(E) SEPARÉ(E) DIVORCE(E) VEUF(VE)

NUMEN | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

DATE DE NAISSANCE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

NUMERO DE SECURITE SOCIALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

DATE D'AFFECTATION DANS LE POSTE OCCUPE AU MOMENT DE L'ACCIDENT | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

ADRESSE PERSONNELLE

CODE POSTAL | _ | _ | _ | _ | _ | **VILLE**

TELEPHONE FIXE **TELEPHONE PORTABLE**

ADRESSE ELECTRONIQUE PERSONNELLE@.....

CATEGORIE A B C STAGIAIRE TITULAIRE NON TITULAIRE CONTRAT DEF OU PROV (Ens. Privé)

CORPS / GRADE DISCIPLINE / FONCTION

NOM & ADRESSE DU LIEU D'AFFECTATION

..... **CODE POSTAL** | _ | _ | _ | _ | _ | **VILLE**

TEL PROF **ADRESSE ELECTRONIQUE DE L'ETABLISSEMENT**@.....

ADRESSE POSTALE DE VOTRE ASSUREUR :

..... **CODE POSTAL** : **VILLE** :

TELEPHONE : **N° DE CONTRAT/POLICE** :

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT

Fournir 1 emploi du temps + 1 attestation d'horaires visés par le chef d'établissement

MATIN	APRES-MIDI	SOIR
DE H A H	DE H A H	DE H A H

QUOTITE DE SERVICE (Si travail à temps partiel) **LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT.....**

CIRCONSTANCES PRECISES ET DETAILLEES DE L'ACCIDENT, JOINDRE COURRIER EXPLICATIF LE CAS ECHEANT
SI L'ACCIDENT EST CAUSE PAR LE FAIT D'UN TIERS, COPIE OBLIGATOIRE DE L'ASSURANCE DE CE TIERS

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET

Joindre la copie d'une carte routière sur laquelle seront précisés :

- *Le trajet suivi le jour de l'accident,*
- *Le point de départ D et le point prévu pour l'arrivée A,*
- *Le lieu de l'accident X,*
- *Le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.*

L'ACCIDENT EST-IL SURVENU SUR LE TRAJET DU DOMICILE AU LIEU DE TRAVAIL

OUI NON

- HEURE DE DEPART DU DOMICILE
- HEURE A LAQUELLE L'ACCIDENTE COMMENCE D'HABITUDE SON TRAVAIL

L'ACCIDENT EST-IL SURVENU SUR LE TRAJET DU LIEU DE TRAVAIL AU DOMICILE

OUI NON

- HEURE DE DEPART DU LIEU DE TRAVAIL
- HEURE A LAQUELLE L'ACCIDENTE TERMINE D'HABITUDE SON TRAVAIL

L'ACCIDENT EST-IL SURVENU SUR LE TRAJET DU LIEU DE TRAVAIL AU LIEU DE REPAS HABITUEL

OUI NON

QUELS MOYENS DE LOCOMOTION HABITUELS SONT UTILISES POUR EFFECTUER LE TRAJET

COMBIEN DE TEMPS DURE LE TRAJET H

SI LE TRAJET A ETE DETOURNE, MOTIF

SI LE TRAJET A ETE INTERROMPU, MOTIF

L'ACCIDENT EST-IL INTERVENU AVANT OU APRES L'INTERRUPTION DE TRAJET

AVANT APRES

OU LA VICTIME S'EST-ELLE RENDUE/A-T-ELLE ETE TRANSPORTEE APRES L'ACCIDENT

L'ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS (Par un Elève = Attestation d'Assurance OBLIGATOIRE) :

NOM & PRENOM DU TIERS **ADRESSE.....**

CODE POSTAL | _ | _ | _ | _ | VILLE **TELEPHONE**

ADRESSE ELECTRONIQUE@.....

NOM & ADRESSE DE L'ASSURANCE DU TIERS

..... N° DE POLICE DU TIERS

JOINDRE UNE COPIE DU PROCES VERBAL DE POLICE OU DE GENDARMERIE OU CONSTAT AMIABLE

NATURE DE L'ACCIDENT (Cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/>	CHUTE DE PERSONNE	<input type="checkbox"/>	CHUTE D'OBJET	<input type="checkbox"/>	MANUTENTION	<input type="checkbox"/>	HEURT
<input type="checkbox"/>	PROJECTION	<input type="checkbox"/>	EXPLOSION	<input type="checkbox"/>	AGRESSION	<input type="checkbox"/>	CONTACT
<input type="checkbox"/>	GLISSADE	<input type="checkbox"/>	RAYONNEMENT	<input type="checkbox"/>	ACCIDENT VOIE PUBLIQUE	<input type="checkbox"/>	AUTRE

ELEMENT MATERIEL ASSOCIE A L'ACCIDENT

BLESSURES OU LESIONS APPARENTES

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | |

*Joindre obligatoirement un Certificat Médical Accident de Travail Cerfa 11138*01, décrivant les lésions, établi dans les 24H qui ont suivi l'accident.* SANS ARRET AVEC ARRET DE TRAVAIL DECES IMMEDIAT

SIERGE DES LESIONS (En cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale).

<input type="checkbox"/> TETE précisez	<input type="checkbox"/> VISAGE précisez	<input type="checkbox"/> YEUX <input type="checkbox"/> Œil gauche <input type="checkbox"/> Œil droit	<input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) précisez
<input type="checkbox"/> MEMBRE SUPERIEUR <input type="checkbox"/> Epaule <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> MEMBRE INFERIEUR <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> TRONC <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Bassin	
<input type="checkbox"/> MAIN <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Pouce <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Autre(s) doigt(s) précisez	<input type="checkbox"/> PIED <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Orteil(s) précisez <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> DENTS <input type="checkbox"/> Mâchoire supérieure <input type="checkbox"/> Mâchoire inférieure	

NATURE DES LESIONS (Cocher la case correspondant à la lésion principale).

<input type="checkbox"/> AFFECTION RESPIRATOIRE	<input type="checkbox"/> DERMITE	<input type="checkbox"/> GELURE	<input type="checkbox"/> LUXATION
<input type="checkbox"/> AMPUTATION	<input type="checkbox"/> DOULEUR	<input type="checkbox"/> HERNIE	<input type="checkbox"/> PLAIE PIQURE
<input type="checkbox"/> ASPHYXIE	<input type="checkbox"/> ECRASEMENT	<input type="checkbox"/> INFLAMMATION	<input type="checkbox"/> TRAUMA INTERNE
<input type="checkbox"/> BRULURE	<input type="checkbox"/> ECZEMA	<input type="checkbox"/> INTOXICATION	<input type="checkbox"/> TRAUMA PSYCHOLOGIQUE
<input type="checkbox"/> CERVICALGIE	<input type="checkbox"/> ELECTRISATION	<input type="checkbox"/> LESION LIGAMENTAIRE	<input type="checkbox"/> TROUBLE AUDITIF
<input type="checkbox"/> COMMOTION	<input type="checkbox"/> ENTORSE	<input type="checkbox"/> LESION MUSCULAIRE	<input type="checkbox"/> TROUBLE VISUEL
<input type="checkbox"/> CONTUSION	<input type="checkbox"/> ETAT ANXIO DEPRESSIF	<input type="checkbox"/> LESION PSYCHOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> LESIONS MULTIPLES
<input type="checkbox"/> CORPS ETRANGER	<input type="checkbox"/> FRACTURE	<input type="checkbox"/> LESION NEUROLOGIQUE	<input type="checkbox"/> LUMBAGO SCIATIQUE
<input type="checkbox"/> AUTRES précisez			

L'ACCIDENT A-T-IL EU UN TEMOIN OCULAIRE MAJEUR ET NON ELEVE OUI NON

Si oui, faire remplir ci-dessous ou joindre sa déposition datée et signée + copie de sa carte d'identité.

Si non, remplir la rubrique suivante **OBLIGATOIREMENT**.

.....

.....

.....

.....

NOM **PRENOM**

ADRESSE **CODE POSTAL** | _ | _ | | _ | _ | | **VILLE**

TELEPHONE **DATE** **SIGNATURE**

S'il n'y a pas eu de témoin oculaire, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la 1^{ère} personne DE VOTRE ADMINISTRATION à laquelle l'accident a été signalé, en indiquant son nom, son prénom, son grade, son lien hiérarchique et ses coordonnées, en précisant la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire :

NOM & PRENOM : LIEN HIERARCHIQUE :

ADRESSE POSTALE :

DATE |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_| SIGNATURE : HEURE DU SIGNALEMENT : H

L'AGENT A-T-IL DEJA ETE VICTIME D'UN OU DE PLUSIEURS ACCIDENT(S) DE SERVICE OU DE TRAVAIL OU D'UNE OU DE PLUSIEURS MALADIE(S) PROFESSIONNELLE(S) ? OUI NON

	1 ^{er} AT OU MP	2 ^{ème} AT OU MP	3 ^{ème} AT OU MP
DATE			
TAUX D'INCAPACITE PARTIELLE PERMANENTE	%	%	%
ETABLISSEMENT D'AFFECTATION LORS DE L'ACCIDENT OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE ACADEMIE/NOM/ ADRESSE			

JE SOUSSIGNE(E), (NOM ET PRENOM DE L'AGENT)

sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) Pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2, alinéa 2),
- 2) Pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005,
- 3) Pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

FAIT A, LE |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_| SIGNATURE :

FAIT A, LE |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

SIGNATURE & TIMBRE DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE :

**A RENVoyer SOUS 15 JOURS AFIN DE PERMETTRE TOUTES EXPERTISES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DE LA DEMANDE.
EN CAS DE RESERVE SUR L'ACCIDENT, ETABLIR UNE ATTESTATION SUR PAPIER LIBRE EN EXPLICITANT LES ARGUMENTS.**

Article 441-6 du code pénal : « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000€ d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu. »

Article 441-7 du code pénal : « Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000€ d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

**RAPPEL : LES CONSTATATIONS MEDICALES DOIVENT ETRE REALISEES IMMEDIATEMENT.
TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE.**