

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :
.....
Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....
Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse électronique professionnelle :@.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Heure de l'accident : |_|_|_| h |_|_|_|
Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de h à h	de h à h	de h à h
de h à h	de h à h	de h à h

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :
.....
.....

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) :

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- 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 départ du domicile : |_|_|_| h |_|_|_|
- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |_|_|_| h |_|_|_|

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

- heure de départ du lieu de travail : |_|_|_| h |_|_|_|
- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |_|_|_| h |_|_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? OUI NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?

Combien de temps dure le trajet : |_|_|_| h |_|_|_|

Si le trajet a été détourné, motifs :

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite | <input type="checkbox"/> gelure | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> hernie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> inflammation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> eczéma | <input type="checkbox"/> intoxication | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> électrisation /
électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> lésion psychologique | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> contusion | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif | <input type="checkbox"/> lésion neurologique | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> corps étranger | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | |

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? OUI NON (Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement**) :

1) Dans l'**affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

.....

Date |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

.....

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Signature

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? OUI NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom 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 à, le |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Signature de l'agent

Fait à, le |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Transmis à l'autorité habilitée à se prononcer sur l'imputabilité au service

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.