

Déclaration d'accident de service, du travail ou de rechute

Les formulaires et la notice d'information mentionnant les éléments à
joindre au dossier sont téléchargeables sur :
EDULINE rubrique INFOS PRATIQUES

Région Académique
Hauts de France

Académie de Lille

Rectorat de Lille
DPP – Bureau des accidents professionnels
144 rue de Bavay
BP 709
59033 LILLE CEDEX
ce.accidentspro@ac-lille.fr

**Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM
(non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels
rémunérés par les EPLE...), pour lesquels la déclaration est faite par l'employeur (EPL / PIAL /
Services Académiques) sur le site net-entreprises.fr ou par correspondance, dans les 48 heures
suivant la date de l'accident**

DATE DE L'ACCIDENT : | | | | | | | | | **DATE DE LA RECHUTE** : | | | | | | | | |

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

☐	Accident sur le lieu de travail	☐	Accident de trajet	☐	Accident en mission
--------------------------	------------------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance : | | | | | | | | |

Numéro d'agent (NUMEN) : | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse personnelle :

.....

Code postal | | | | | Ville

Téléphone : | | | | | | | | | ou | | | | | | | | |

Adresse électronique **professionnelle** : @

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

☐ stagiaire ☐ titulaire ☐ non titulaire / ☐ Public ☐ Privé

CORPS / DISCIPLINE / FONCTION (en toutes lettres) :

.....

NOM ET ADRESSE DE L'ECOLE / DE L'ETABLISSEMENT / DU SERVICE (s'il y a lieu indiquer l'établissement
de rattachement) :

.....

.....

.....

Code postal | | | | | Ville

Téléphone de l'établissement : | | | | | | | | |

Adresse électronique de l'établissement : @

Date de l'accident : Heure de l'accident : h

Date d'affectation dans le poste occupé au moment 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

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE DE L'ACCIDENT :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ accident de la voie publique | ☐ chute d'objet | ☐ exposition | ☐ risques psychosociaux |
| ☐ activité sportive | ☐ contact (produit) / heurt (meuble...) | ☐ glissade | ☐ torsion |
| ☐ agression | ☐ électrisation / électrocution | ☐ heurt de personne | |
| ☐ chute de personne | ☐ explosion | ☐ manutention | |
| ☐ autre | | | |

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, véhicule, etc...) :

.....

LES BLESSURES OU LESIONS SONT LES SUIVANTES (préciser côté droit ou gauche le cas échéant) :

.....

.....

.....

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :

Joindre **obligatoirement** le certificat médical initial pour accident de travail (volet 1) décrivant les lésions et prescrivant des soins, ainsi que, le cas échéant, l'avis d'arrêt de travail (volet 1).

SIEGE DES LESIONS (préciser côté droit ou gauche le cas échéant) :

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Crâne

☐ Membre supérieur :
☐ épaule
☐ rachis cervical
☐ bras
☐ avant bras
☐ coude
☐ poignet

☐ Main :
☐ pouce
☐ autre(s) doigt(s) (préciser) | ☐ Face :
☐ front
☐ nez

☐ Membre inférieur :
☐ hanche
☐ fessier
☐ cuisse
☐ genou
☐ jambe
☐ mollet
☐ cheville | ☐ Yeux :
☐ oeil droit
☐ œil gauche

☐ Tronc :
☐ cou
☐ colonne vertébrale
☐ thorax
☐ côtes
☐ poumons
☐ rachis dorsal
☐ rachis lombaire
☐ bassin
☐ abdomen
☐ coccyx | ☐ Dent(s) :
☐ mâchoire inférieure
☐ mâchoire supérieure

☐ Peau

☐ Pied
☐ orteil(s) (préciser)

☐ Autre(s) lésion(s) (préciser) |
|---|--|---|---|

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

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ affection respiratoire | ☐ dermatite, eczéma | ☐ inflammation | ☐ plaie-piqûre |
| ☐ amputation | ☐ douleur | ☐ intoxication | ☐ traumatisme crânien |
| ☐ asphyxie | ☐ écrasement | ☐ lésion ligamentaire ou musculaire | ☐ traumatisme interne |
| ☐ brûlure, gelure | ☐ entorse | ☐ lésion neurologique | ☐ trouble auditif |
| ☐ cervicalgie | ☐ fracture | ☐ lésion / traumatisme psychologique | ☐ trouble sensoriel |
| ☐ commotion | ☐ hernie | ☐ lumbago et sciatique | ☐ trouble visuel |
| ☐ contusion | | | |
| ☐ autres : | | | |

TEMOIGNAGE : Joindre obligatoirement la/les déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom, prénom, fonction, adresse, rédigée(s) sur papier libre :

- du/des témoin(s) direct(s) de l'accident,

- ou, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, de la première personne **de l'établissement** à laquelle l'accident a été signalé (*qui devra préciser la date et l'heure à laquelle l'accident lui a été signalé*)

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)

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

Fait à, le

Signature de l'agent

Conformément aux dispositions du règlement (UE) du parlement européen du 27 avril 2016 (RGPD) et de la législation en vigueur, nous traitons vos informations dans le respect de la réglementation sur la protection des données personnelles.

Aussi toutes ces données doivent faire l'objet d'un consentement afin de donner à l'Administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'agent)
.....

donne l'autorisation du traitement de mes données

☐ oui ☐ non

Signature de l'agent

**LE REFUS DU CONSENTEMENT ENTRAINERA L'IMPOSSIBILITE DU
TRAITEMENT DU DOSSIER**

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 une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € 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 originairement 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 (article 441-7 du code pénal)

Livre IV du Code de la Sécurité Sociale

Articles L822-18 à L822-25 du Code général de la Fonction Publique

Articles 47-1 à 47-20 du décret 86-442 du 14 mars 1986