

Région Académique Hauts de France

Académie de Lille

## 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

Rectorat de Lille
DPP – Bureau des accidents professionnels
144 rue de Bavay
BP 709
59033 LILLE CEDEX

dpp-b3.59r@ac-lille.fr sonnels pris en charge par la CP

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 (EPLE / 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 :
Prénoms :
Date de naissance :   _
Numéro d'agent (NUMEN) :   _ _ _ _ _ _ _ _
Numéro INSEE :    _ _ _ _ _ _ _
Adresse personnelle :
Code postal   _ _  Ville
Téléphone :    ou    ou
Adresse électronique <b>professionnelle</b> :
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 :

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 de h à h de h à h
QUOTITE DE SERVICE (en pourcentage) :
LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :
CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT OU DE LA RECHUTE (environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc, tâche exécutée, geste effectué) A rédiger/compléter sur papier libre si nécessaire :
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 intégral suivi le jour de l'accident entre le domicile et l'établissement, - 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 ?  - 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 ?  - 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 (dans l'affirmative joindre les justificatifs)
Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?
Combien de temps dure le trajet :   _  h
Si le trajet a été détourné, motifs :
Si le trajet a été interrompu, motifs :
L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? □ AVANT □ APRES
Où la victime s'est-elle rendue/a-t-elle été transportée après l'accident ?
La victime a-t-elle travaillé le jour de l'accident ?
SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :
Nom et prénom du tiers :
Adresse :
Nom et adresse de l'assurance :
N° de police :
Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ?   OUI  NON

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.

Page 2 sur 4

NATURE DE L'ACCIDENT	:							
<ul><li>accident de la voie publique</li></ul>		chute d'objet			exposition			risques psychosociaux
☐ activité sportive		contact (produit) / heu (meuble)	ırt		glissade			torsion
<ul><li>□ agression</li><li>□ chute de personne</li><li>□ autre</li></ul>		électrisation / électroc explosion	utior	n 🔲	heurt de personr manutention	ne 		
Elément matériel associé à	ľaco	cident (machine, outil, v	ڎhic	ule, ε	etc) :			
LES BLESSURES OU LES	ION	S SONT LES SUIVAN	<u>TES</u>	(pré	ciser côté droit	ou (	gaucl	ne le cas échéant)
DATE DE LA CONSTATAT		I MEDICALE DES LES		e .				1
DATE DE LA CONSTATAT	IION	I MEDICALE DES LES	JON	<u>s</u> .			.  _	-1
Joindre <b>obligato</b>					<del>-</del>			
(volet 1) décrivant le			/an	t de	s soins, ainsi	que	e, le	cas échéant,
l'avis d'arrêt de trav	aıl	( <u>volet 1</u> ).						
SIEGE DES LESIONS (pré	écis	er côté droit ou gau	che	le c	as échéant) :			
☐ Crâne		Face:		Yeux			Dent	
☐ Membre supérieur :		□ front □ nez			il droit il gauche			achoire inférieure achoire supérieure
□ épaule □ rachis cervical		Membre inférieur :		Tron	_		Peau	•
□ bras		□ hanche		□ со	u			•
<ul><li>□ avant bras</li><li>□ coude</li></ul>		□ fessier □ cuisse		□ co	lonne vertébrale orax		Pied □ ort	eil(s) (préciser)
□ poignet		□ genou □ jambe		□ cô	tes jumons		Δutr	e(s) lésion(s)
☐ Main:		□ mollet		□ rad	chis dorsal		(préc	
□ pouce □ autre(s) doigt(s)		□ cheville		□ rad	chis lombaire ssin			
(préciser)					domen ccyx			
NATURE DES LESIONS (d	' 'och	ar la casa corresponda	nt à		•	ı		
· ·	_	-	ıııaı				П	nloio nigûro
<ul><li>affection respiratoire</li><li>amputation</li></ul>		dermite, eczéma douleur			inflammation intoxication			plaie-piqûre traumatisme crânier
□ asphyxie		écrasement			lésion ligamentai musculaire	re ou	. <b>.</b>	traumatisme interne
□ brûlure, gelure		entorse			lésion neurologio			trouble auditif
☐ cervicalgie		fracture			lésion / traumatis psychologique	sme		trouble sensoriel
<ul><li>commotion</li><li>contusion</li></ul>		hernie			lumbago et sciat	ique		trouble visuel
autres:								
TEMOIGNAGE : Joindre ob adresse, rédigée(s) sur pap			tion(	s) da	tée(s) et signée(s)	ave	c nom	, prénom, fonction,
- du/des témoin(s) direct(s)	de l'	accident,						
- ou, s'il n'y a pas eu de tém a été signalé ( <b>qui devra pr</b> e								à laquelle l'accident

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou d maladies professionnelles ?         □	de plusieurs accidents OUI □ NON Si ou		u d'une ou de plusieui
	1er accident ou MP	2ème accident ou MP	3ème 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'ag Certifie sur l'honneur l'exactitude des inform			
Fait à	, le     _  _	_	
Signature de l'agent			
Conformément aux dispositions du règi législation en vigueur, nous traitons vos données personnelles. Aussi toutes ces données doivent faire légaux de les traiter dans le cadre de v	s informations dans le re- l'objet d'un consenteme	spect de la règlementation	sur la protection des
Je soussigné(e) (nom et prénom de	l'agent)		
donne l'autorisation du traitement de	e mes données		
	□ oui □	non	
	Signature de l'age	nt	
LE REFUS DU CONSEN	ITEMENT ENTR <i>E</i>	NINERA L'IMPOSS	IBILITE DU
TR	AITEMENT DU D	OSSIER	

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

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

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

préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal)