

## Déclaration d'accident de service ou du travail

*Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat*

Accident de service :

*Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1er et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés)*

Accident du travail :

*Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an.*

*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, sur budget propre des universités...).*

**A RETOURNER DANS LES PLUS BREF DELAIS A :**  
**DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE L'ESSONNE**  
**SERVICE DGRH1 ACCIDENT DE TRAVAIL**  
**BOULEVARD DE FRANCE**  
**91012 EVRY CEDEX**

**DATE DE L'ACCIDENT :** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**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
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**

Mme                       M.

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Situation familiale :  célibataire  marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

Numéro INSEE : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse personnelle : .....

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ville.....

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ou |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse électronique (facultatif) : .....@.....

**STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :**

stagiaire     titulaire     non titulaire     Maître à titre définitif                       A     B     C

➤ **Joindre obligatoirement** : une copie du contrat de travail pour les non-titulaires.

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

Quotité de service : .....

**CORPS / DISCIPLINE / FONCTION** (en toutes lettres) :

.....

**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 |\_|\_|

**HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :**



Matin	Après-midi
de ..... h ..... à ..... h .....	de ..... h ..... à ..... h .....

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

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (environnement, tâche exécutée, geste effectué):**

**PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :**

**➤ Joindre obligatoirement :**

- une attestation sur l'honneur précisant que le trajet suivi est le plus direct et habituel du domicile au lieu de travail ;
- un plan sur lequel sera précisé : le trajet suivi le jour de l'accident, le point de départ, le point prévu d'arrivée et le lieu de l'accident ;
- une copie du constat amiable en cas d'accident de la route.

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 :

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 après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après 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

**NATURE DE L'ACCIDENT :**

- chute de personne     chute d'objet     manutention     heurt (meuble...)     projection  
 explosion     agression     contact     glissade     exposition  
 accident de la voie publique  
 autre.....

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

**LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :**

**DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :** |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|

➤ **Joindre obligatoirement** : un certificat médical initial original (volets 1 et 2) décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

AUCUN DOCUMENT DE DOIT ETRE ADRESSE A LA MGEN OU LA CPAM

**SIEGE DES LESIONS :**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Tête</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Visage</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Yeux :</b><br><input type="checkbox"/> œil droit<br><input type="checkbox"/> œil gauche   | <input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Oreille :</b><br><input type="checkbox"/> oreille droite<br><input type="checkbox"/> oreille gauche | <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b><br><input type="checkbox"/> bras<br><input type="checkbox"/> coude<br><input type="checkbox"/> épaule<br><input type="checkbox"/> poignet | <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b><br><input type="checkbox"/> cheville<br><input type="checkbox"/> cuisse<br><input type="checkbox"/> genou<br><input type="checkbox"/> hanche<br><input type="checkbox"/> jambe | <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b><br><input type="checkbox"/> abdomen<br><input type="checkbox"/> bassin<br><input type="checkbox"/> colonne vertébrale<br><input type="checkbox"/> cou<br><input type="checkbox"/> thorax |
| <input type="checkbox"/> <b>Main :</b><br><input type="checkbox"/> oreille droite<br><input type="checkbox"/> oreille gauche    | <input type="checkbox"/> <b>Pied :</b><br><input type="checkbox"/> pied droit<br><input type="checkbox"/> pied gauche  | <input type="checkbox"/> <b>Autre lésion :</b><br>.....   |  |

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

- affection respiratoire     amputation     asphyxie     brûlure     cervicalgie  
 commotion     contusion     corps étranger     dermatite  
 douleur     écrasement     eczéma     électrisation     électrocution  
 entorse     état anxio-dépressif     fracture     gelure     hernie  
 inflammation     intoxication     lésion ligamentaire ou musculaire  
 lésion neurologique     lésion psychologique     lumbago et sciatique  
 luxation     plaie-piqûre     traumatisme interne     traumatisme  
psychologique     trouble auditif     trouble sensoriel     trouble visuel  
 autres : .....

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS MAJEUR ?  OUI  NON

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) :

.....  
 .....

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Grade :** .....

**Adresse :** .....

**Date** |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| **Signature du/des témoins :**

2) Faire remplir obligatoirement, ci-dessous la première personne prévenue : (*Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire*).....

.....  
 .....

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Grade :** .....

**Adresse :** .....

**Date** |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| **Signature :**

**ou** joindre l'attestation de la première personne de votre établissement à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées (datée et signée avec nom(s), prénom(s), fonction, adresse).

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 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> 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 |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique** (Chef d'établissement pour les personnels du second degré, IEN pour les professeurs des écoles et responsable administratif pour les personnels affectés en service administratif.)

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

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros 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).