

# 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 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> 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 REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES**

**A RETOURNER**

**A LA DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE DES YVELINES**

**DRH 4 AT**

**Centre commercial PARLY II – 78154 LE CHESNAY 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       Mlle       M.

Nom de naissance : .....	Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....	

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

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

**SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :**

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....

.....

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

Téléphone professionnel : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**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** de ..... h ..... à ..... h ..... **Après-midi** de ..... h ..... à ..... h ..... **Soir** de ..... h ..... à ..... h .....

**QUOTITE DE SERVICE** (si travail à temps partiel) : .....

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

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION SUR L'HONNEUR PRECISANT QUE LE TRAJET SUIVI EST LE PLUS DIRECT ET LA COPIE D'UNE CARTE ROUTIERE OU D'UN PLAN DE VILLE OFFICIEL SUR LAQUELLE SERONT PRECISES :**

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

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ?  OUI  NON  
- heure de départ du domicile : |\_|\_|\_| 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 |\_|\_|\_|

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 ? .....

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

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

**NATURE DE L'ACCIDENT :**

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

**DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :**   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MEDICAL INITIAL CERFA N°11138\*2 VOLETS 1 et 2**  
**ORIGINAUX DECRIVANT LES LESIONS ET ETABLI DANS LES 24 OU 48 HEURES QUI ONT SUIVI**  
**L'ACCIDENT – AUCUN DOCUMENT NE DOIT ETRE ADRESSE A LA CPAM OU A LA MGEN**

**SIEGE DES LESIONS**

<input type="checkbox"/> <b>Tête</b> (préciser) <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b> <input type="checkbox"/> épaule <input type="checkbox"/> bras <input type="checkbox"/> avant bras <input type="checkbox"/> coude <input type="checkbox"/> poignet <input type="checkbox"/> <b>Main :</b> <input type="checkbox"/> pouce <input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s) (préciser)	<input type="checkbox"/> <b>Visage</b> (préciser) <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b> <input type="checkbox"/> hanche <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> genou <input type="checkbox"/> jambe <input type="checkbox"/> cheville <input type="checkbox"/> <b>Pied</b> <input type="checkbox"/> orteil(s) (préciser)	<input type="checkbox"/> <b>Yeux</b> <input type="checkbox"/> oeil droit <input type="checkbox"/> oeil gauche <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b> <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/> colonne vertébrale <input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> bassin <input type="checkbox"/> abdomen	<input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b> <input type="checkbox"/> mâchoire inférieure <input type="checkbox"/> mâchoire supérieure <input type="checkbox"/> <b>Autre(s) lésion(s)</b> (préciser)
--	--	---	---

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

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite                        | <input type="checkbox"/> gelure                               | <input type="checkbox"/> luxation                  |
| <input type="checkbox"/> amputation             | <input type="checkbox"/> douleur                          | <input type="checkbox"/> hernie                               | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre              |
| <input type="checkbox"/> asphyxie               | <input type="checkbox"/> écrasement                       | <input type="checkbox"/> inflammation                         | <input type="checkbox"/> traumatisme interne       |
| <input type="checkbox"/> brûlure                | <input type="checkbox"/> eczéma                           | <input type="checkbox"/> intoxication                         | <input type="checkbox"/> traumatisme psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie            | <input type="checkbox"/> électrisation /<br>électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire<br>ou musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif           |
| <input type="checkbox"/> commotion              | <input type="checkbox"/> entorse                          | <input type="checkbox"/> lésion psychologique                 | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel         |
| <input type="checkbox"/> contusion              | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif             | <input type="checkbox"/> lésion neurologique                  | <input type="checkbox"/> trouble visuel            |
| <input type="checkbox"/> corps étranger         | <input type="checkbox"/> fracture                         | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique                 | <input type="checkbox"/> lésions multiples         |
| <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 <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, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 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'accidenté(e)**

Fait à ....., le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique (1)**

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

- (1) Chef d'établissement pour les personnels affectés en établissements publics ou privé du second degré – IEN pour les personnels du 1<sup>er</sup> degré – Responsable administratif pour les personnels affectés en services administratifs.

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 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 (article 441-7 du code pénal).