



MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON  
DIRH5 accidents  
2 G rue du Général Delaborde  
BP 81921  
21019 DIJON cedex

## 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 retourner au bureau DIRH5 des accidents du travail.**

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

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 (facultatif) : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| 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 : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

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 : .....

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 .....

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 décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.*

- sans arrêt de travail
- avec arrêt de travail
- décès immédiat

**SIEGE DES LESIONS** (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

- Tête
- Visage
- Yeux
- Dent(s)
- Membre supérieur :  
sauf main :  
épaule, bras, coude,  
avant bras, poignet
- Membre inférieur :  
sauf pied :  
hanche, cuisse,  
genou, jambe,  
cheville
- Tronc :  
cou, colonne  
vertébrale, thorax,  
bassin, abdomen
- Autre lésion
- Main :  
pouce, autre doigt
- Pied
- Lésions multiples
- .....

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

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

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,
- 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**

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).