



ACADÉMIE DE CRÉTEIL

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Seine-et-Marne

**Division des personnels administratifs et techniques
DIPATE 3**

Affaire suivie par :
Nadia BELLANCE
Tél : 01 64 41 27 43
Mél : Nadia.Bellance@ac-creteil.fr

20, quai Hippolyte-Rossignol
77 000 Melun
www.dsden77.ac-creteil.fr

Déclaration d'accident de service 1^{er} degré

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :

Agents stagiaires ou titulaires (établissements
d'enseignement scolaire du 1er degré)

Accident du travail :

Agents non-titulaires sur budget 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

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 famille :	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

Catégorie A B stagiaire titulaire

CORPS/GRADE 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 → entourer le jour concerné : L / M / M / J / V / S

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 seront précisés :

- 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

Quel(s) moyen(s) 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 »).

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tête (préciser)

<input type="checkbox"/> Membre supérieur
<input type="checkbox"/> épaule
<input type="checkbox"/> bras
<input type="checkbox"/> avant bras
<input type="checkbox"/> coude
<input type="checkbox"/> poignet

<input type="checkbox"/> Main
<input type="checkbox"/> pouce
<input type="checkbox"/> autres(s) doigt(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Visage (préciser)

<input type="checkbox"/> Membre inférieur
<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/> jambe
<input type="checkbox"/> cheville

<input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> orteil(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Yeux
<input type="checkbox"/> œil droit
<input type="checkbox"/> œil gauche

<input type="checkbox"/> Tronc
<input type="checkbox"/> cou
<input type="checkbox"/> colonne vertébrale
<input type="checkbox"/> abdomen
<input type="checkbox"/> bassin | <input type="checkbox"/> Dent(s)
<input type="checkbox"/> mâchoire supérieure
<input type="checkbox"/> mâchoire inférieure

<input type="checkbox"/> Autre(s) lésion (s)
(préciser) |
|---|--|--|--|

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

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire
<input type="checkbox"/> amputation
<input type="checkbox"/> asphyxie
<input type="checkbox"/> brûlure

<input type="checkbox"/> cervicalgie

<input type="checkbox"/> commotion
<input type="checkbox"/> contusion
<input type="checkbox"/> corps étranger
<input type="checkbox"/> autres : | <input type="checkbox"/> dermite
<input type="checkbox"/> douleur
<input type="checkbox"/> écrasement
<input type="checkbox"/> eczéma

<input type="checkbox"/> électrisation /
électrocution
<input type="checkbox"/> entorse
<input type="checkbox"/> état anxio-dépressif
<input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> gelure
<input type="checkbox"/> hernie
<input type="checkbox"/> inflammation
<input type="checkbox"/> intoxication

<input type="checkbox"/> lésion ligamentaire
ou musculaire
<input type="checkbox"/> lésion psychologique
<input type="checkbox"/> lésion neurologique
<input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> luxation
<input type="checkbox"/> plaie-piqûre
<input type="checkbox"/> traumatisme interne
<input type="checkbox"/> traumatisme
psychologique
<input type="checkbox"/> trouble auditif

<input type="checkbox"/> trouble sensoriel
<input type="checkbox"/> trouble visuel
<input type="checkbox"/> lésions multiples |
|---|---|---|--|

L'accident a-t-il eu UN ou 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), fonction(s), adresse(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoin oculaire, 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 accident(s) de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladie(s) professionnelle(s) ? 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) 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.

Article 441-6 du code pénal : « 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 ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu.

Article 441-7 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. »