

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

(version juillet 2020)

Article 37-2 du décret 87-602 du 30 juillet 1987

I – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LA VICTIME

Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement :

Adresse :

.....

.....

Dossier suivi par :

Téléphone : Courriel :

Renseignements concernant la victime

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : Courriel :

Statut et activités de la victime

Stagiaire Titulaire

Catégorie : A B C

Filière : Grade :

Temps complet Temps non complet > 28h

Temps partiel : %

Métier / Fonction :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / terrain Petite enfance Personnel de soins

Cuisine Autre :

II – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT DE SERVICE (à remplir par la victime)

Circonstances de temps et de lieu

Date de l'accident : / /

Heure de l'accident :

Horaires habituels de travail :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Si les horaires présentent une différence, expliquez-en la raison :

.....
.....

Lieu précis de l'accident :

.....
.....

Précisez s'il s'agit du : lieu de travail habituel lieu de travail occasionnel
 lieu de télétravail / espace de co-working lieu de restauration habituel

Description de l'accident

Activité de la victime lors de l'accident (*tâches réalisées et environnement de travail*) :

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

Nature de l'accident (*ex : chute, agression, blessure...*) et description précise des circonstances de sa survenance :

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

Objet(s) éventuel (s) dont le contact a blessé la victime :

.....

L'activité exercée nécessitait-elle le port d'équipements de protections particuliers ? oui non

L'agent en était-il équipé ? oui non

Si non, pourquoi ?

.....

Témoins : oui non

Si oui : Nom, prénom, qualité (*et adresse si extérieurs à la collectivité*) :

1/

.....

2/

.....

3/

.....

Accident causé par un tiers : oui non

Si oui : Tiers inconnu Tiers connu

Nom, prénom et adresse du tiers :

.....

Société d'assurance du tiers :

Pièce à joindre obligatoirement

Certificat médical

Pièces utiles à l'instruction du dossier pouvant être jointe à la déclaration d'accident

Témoignages écrits

Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Ordre de mission/convocation

Photos

Bulletin d'hospitalisation

Ordonnances médicales (sous pli confidentiel)

Autres (à préciser) :

Conséquences de l'accident

(indiquez les conséquences que vous souhaitez porter à la connaissance de l'autorité territoriale)

Nature des lésions médicalement constatées :

plaie et blessure

fracture

luxation, entorse, foulure

amputation

commotion, traumatisme

brûlure, gelure

empoisonnement, infection

asphyxie, noyade

choc

effets de température,
de lumière, de radiations

effet de bruit, de vibration,
de pression

blessures multiples

autres (préciser) :

Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) :

.....

Joindre **obligatoirement** le certificat médical initial (même sans arrêt de travail) ainsi que toute autre pièce de nature à étayer la matérialité des faits et de ses conséquences. Les documents médicaux doivent être transmis sous pli confidentiel

Fait à le

Signature de l'agent :

IV – ENQUETE ADMINISTRATIVE DE L’AUTORITE TERRITORIALE

Au vu des éléments transmis par l’agent, des informations collectées auprès de son responsable hiérarchique, l’autorité territoriale doit se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident.

Pièces fournies par la victime et la DRH

- Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d’arrêt de travail)
- Témoignages écrits
- Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
- Ordre de mission/convocation
- photos
- Bulletin d’hospitalisation
- Ordonnances médicales
- fiche de poste
- Autres (à préciser) :

L’accident est-il survenu dans le temps du service ? oui non

L’accident est-il survenu sur le lieu du service ? oui non

L’accident est-il survenu dans l’exercice des fonctions de l’agent ou à l’occasion de l’exercice de ses fonctions ou d’une activité normale qui en constitue le prolongement normal ? oui non

L’accident a-t-il été causé par une faute personnelle ? oui non

- Si oui, laquelle ?

L’accident a-t-il été causé par une circonstance particulière pouvant détacher l’accident du service, ou par une nécessité de la vie courante de nature à détacher l’accident du service ?

oui non

- Si oui, laquelle ?

Une expertise par un médecin agréé a-elle été diligentée? : oui non

- Si oui, pour quel motif ?

Observations :

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

V - DECISION DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Accident imputable au service Accident non imputable au service → Saisine obligatoire de la commission de réforme*

Motivations :

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

*informer le médecin de prévention de la décision de saisir la commission de réforme. Son rapport qu'il enverra directement à la commission de réforme viendra compléter le dossier transmis par l'autorité territoriale. Ce document est obligatoire (art 15 de l'arrêté du 4 août 2004)

IMPORTANT

SUITE A LA DECISION DE L'AUTORITE TERRITORIALE, UN ARRETE. DOIT ETRE REDIGE

Fait à le

Signature de l'autorité territoriale :