[](http://www.cdg74.fr/)

**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE**

(version novembre 2022)

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, **□** effet de bruit, de vibration, **□** blessures multiples

de lumière, de radiations de pression

**□** 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 :

**III – RAPPORT CIRCONSTANCIE DE L’AUTORITE HIERARCHIQUE**

Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d’appréciation nécessaires à la DRH. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident ou de la maladie.

Nom du responsable hiérarchique : ………………………………………………………………………………………………………………………..

Avis sur l’activité de la victime au moment de l’accident de service :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avis sur la nature de l’accident et les circonstances décrites de sa survenance :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avis sur les conséquences de l’accident telles que présentées par l’agent :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IMPORTANT : en application de l’article 37-4 du décret du 30 juillet 1987, l’autorité territoriale peut solliciter une expertise auprès d’un médecin agréé. Cette expertise est vivement recommandée toutes les fois où elle est de nature à favoriser la bonne instruction du dossier, et à éclairer utilement chacun des intervenants dans leur appréciation du cas présenté.**

Fait à …………………………………… le ………………………………….

Signature du responsable hiérarchique :

**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-il été causé par une faute personnelle ? **□** oui **□** non

* Si oui, laquelle ? …………………………………………………………………….............................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’accident a-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 : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

Rappel : l’accident de service résulte de l’action violente et soudaine d’une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion du corps humain.

**V - DECISION DE L’AUTORITE TERRITORIALE**

**□** Accident imputable au service **□** Accident non imputable au service → **Saisine obligatoire du Conseil médical formation plénière**\*

Motivations :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*informer le médecin du travail de la décision de saisir le Conseil médical formation plénière.

**IMPORTANT**

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

Fait à …………………………………… le ………………………………….

Signature de l’autorité territoriale :