



DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

(A retourner au service hygiène et sécurité du Centre de Gestion de la F.P.T)

Employeur : _____

Accidenté :

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____

Fonction : _____

Titulaire () Contractuel ()

Horaires de travail : _____

Accident :

Date : _____

Heure : _____

Trajet () Lieu de travail habituel () Lieu de travail occasionnel ()

Atelier () Chantier ()

Autre () Préciser : _____

Description succincte des lésions (siège, nature) :

L'accident a-t-il donné lieu à :

Examen médical () Date : _____

Hospitalisation () Date : de _____ à _____

Arrêt de travail () Date : de _____ à _____

Circonstances détaillées de l'accident :

Lors de l'accident, la victime était-elle équipée de moyens de protection individuelle (exemple : chaussures de sécurité, gants, baudriers de haute visibilité, harnais de sécurité, etc...) :

() cocher la réponse correspondante

Fait à _____, le _____

Le Maire ou le Président,