**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET**

**Formulaire à l’attention du fonctionnaire titulaire ou stagiaire affilié au régime spécial CNRACL**

**(effectuant 28h au moins par semaine)**

Vous venez d’être victime d’un accident de service ou d’un accident de trajet. Conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-20 du décret n° 87-602 du 30/07/1987, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines dans un délai de 15 jours à compter de la date de l’accident, une déclaration d’accident comportant :

* Le présent formulaire précisant les circonstances de l’accident ;
* Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l’accident ainsi que, s’il y a lieu, la durée de l’incapacité de travail en découlant.

**Si l’accident entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans un délai de 48 heures suivant son établissement**

**INFORMATIONS RELATIVES A L’ACCIDENT**

Lieu précis de l’accident : décrivez le lieu où s’est produit l’accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l’espace de travail. Si l’accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d’exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l’accident s’est produit : nom et adresse de l’établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE).

Lieu de travail occasionnel : il peut s’agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l’employeur : il s’agit d’un déplacement effectué dans le cadre normal de l’exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d’un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d’un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l’accident : précisez l’activité ou la tâche effectuée au moment de l’accident, c’est-à-dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l’accident : décrivez l’événement ayant conduit à l’accident, comment l’accident s’est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s’agir d’un matériau, d’un déchet, d’un outil (tournevis, cutter, perceuse…), de machine, d’un véhicule, d’un chariot de manutention, d’une substance chimique, d’un élément de construction (porte, mur…), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l’implication d’un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s’agir par exemple, d’un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d’une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

**N’hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles**

**CONSEQUENCES DE L’ACCIDENT QUE L’AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L’ADMINISTRATION**

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d’une perte auditive aiguë, d’un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l’endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s’il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET**

**A TRANSMETTRE DANS LES 15 JOURS DE L’ACCIDENT**

**A L’AUTORITE TERRITORIALE**

**Coordonnées de la collectivité ou établissement public**

Dénomination :

Adresse :

Code postal : ……………. Ville :

Nom de la personne chargé du suivi du dossier :

Téléphone :

Adresse de messagerie :

**Renseignements concernant la victime**

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d’usage :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse de messagerie :

Statut de l’agent : Stagiaire 🞏 Titulaire 🞏

Catégorie : A 🞏 B 🞏 C 🞏

Grade :

Métier / fonctions :

Temps complet 🞏 Temps non complet 🞏 préciser nbr heures : ……….. Temps partiel 🞏

Activité habituelle :

Bureau 🞏 Atelier/terrain 🞏 Petite enfance 🞏 Entretien 🞏

Cuisine 🞏 Autres 🞏 à préciser ……………………………………….

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT**

**COLLECTIVITE :**

**NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**

Date de l’accident : Heure de l’accident :

Horaires habituels de travail :

Horaires de travail le jour de l’accident :

Si horaire différent, expliquez-en la raison :

Lieu précis de l’accident :

**Accident de service :**

Précisez s’il s’agit du :

Lieu de travail habituel 🞏 Lieu de travail occasionnel 🞏

Lieu de restauration habituel🞏 Lieu de télétravail 🞏

**Accident de trajet :**

Précisez s’il est intervenu au cours :

du trajet domicile/travail 🞏 d’une mission pour l’employeur 🞏

du trajet lieu de restauration habituel / travail 🞏 du trajet domicile/ lieu de télétravail🞏

Le trajet direct a-t-il été interrompu : OUI 🞏 NON 🞏

Le trajet direct a-t-il été détourné : OUI 🞏 NON 🞏

Si oui, préciser les motifs :

S’agit-il d’un accident de la circulation : OUI 🞏 NON 🞏

Moyen de transport utilisé : transport en commun 🞏 transport particulier 🞏

(voiture, moto, …)

Propriétaire du moyen de transport :

Nom et adresse de la compagnie d’assurance du véhicule :

Un constat amiable a été établi OUI 🞏 NON 🞏

Un rapport de police a été établi OUI 🞏 NON 🞏

Description de l’accident

Activités de la victime lors de l’accident (tâches réalisées, environnement de travail) :

Description et nature de l’accident (chute, collision, blessure, …)

Objet éventuel ayant provoqué la blessure :

L’activité nécessitait-elle le port d’équipements de protections particuliers ? OUI 🞏 NON 🞏

L’agent en était-il équipé ? OUI 🞏 NON 🞏

Si non, pourquoi :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT**

**COLLECTIVITE :**

**NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**

Témoins : OUI 🞏 NON 🞏

Nom, prénom et qualité :

Accident causé par un tiers : OUI 🞏 NON 🞏

Si oui : Tiers inconnu 🞏

Tiers connu 🞏 Nom, Prénom et adresse du tiers :

Adresse :

Société d’assurance du tiers :

**Pièces à joindre obligatoirement** : Certificat médical 🞏

Témoignages écrits 🞏 Rapport de police, gendarmerie ou pompiers 🞏

Dépôt de plainte 🞏 Constat amiable 🞏

Ordre de mission / convocation 🞏 Bulletin d’hospitalisation 🞏

Ordonnances médicales (sous pli confidentiel) 🞏 Plans\* 🞏

Autres 🞏 à préciser

\* (pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l’itinéraire emprunté en précisant le départ et l’arrivée, le parcours habituel s’il est différent et l’endroit où s’est produit l’accident)

**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 🞏

Effet de température, 🞏 effet de bruit, de vibrations 🞏 blessures multiples 🞏

de lumière, de radiations de pression

Autres 🞏 à préciser………………

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

Je soussigné, (prénom et nom)

certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées.

Fait à ……………….., le ………………………

Signature de l’agent