**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE**

**ENQUETE ADMINISTRATIVE**

**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 ……………………………………….

**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE**

**ENQUETE ADMINISTRATIVE**

**COLLECTIVITE :**

**NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**

**Date et heure de l’accident :**

**Lieu de l’accident :**

**Pièces fournies par l’agent et la DRH** :

Certificat médical 🞏 Avis du médecin agréé (si expertise) 🞏

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

L’accident est-il intervenu dans le temps de service ? OUI 🞏 NON 🞏

L’accident est-il intervenu sur le lieu de service ? OUI 🞏 NON 🞏

L’accident est-il intervenu dans l’exercice des fonctions ,

de l’agent ou à l’occasion de l’exercice de ses fonctions

ou d’une activité 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 auprès d’un médecin agréé a-t-elle été diligentée ? OUI 🞏 NON 🞏

Si oui, pourquoi ?

Observations :

Fait à ……………….., le ………………………

Signature de l’autorité territoriale

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT DE SERVICE**

**RAPPORT HIERARCHIQUE**

**COLLECTIVITE :**

**NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**

Des mesures de prévention ont-elles été prises : OUI 🞏 NON 🞏

Si oui, précisez lesquelles :

Avis motivé de l’autorité territoriale :

Décision de l’autorité territoriale sur l’imputabilité au service : Imputable 🞏 Non imputable 🞏

Demande d’expertise auprès d’un médecin agrée : OUI 🞏 NON 🞏

Saisine du conseil médical départemental : OUI 🞏 NON 🞏

Fait à ….., le

L’autorité territoriale,