**DECLARATION D’ACCIDENT DE TRAJET**

**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 ……………………………………….

**ENQUETE ADMINISTRATIVE DE L’AUTORITE TERRITORIALE**

Dans le cadre d’un accident de trajet, la présomption d’imputabilité ne s’applique pas. L’agent ou ses ayants droits apportent la preuve de l’imputabilité au service ou l’enquête administrative réunit les éléments suffisants pour reconnaitre l’imputabilité.

**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

Trajet habituel de l’agent entre son domicile et son lieu de travail :

Trajet habituel entre son lieu de travail et son lieu de restauration :

L’accident est-il intervenu sur le trajet habituel de l’agent ? OUI 🞏 NON 🞏

L’agent a-t-il effectué un détour  ? OUI 🞏 NON 🞏

Si oui, le détour était-il rendu nécessaire par des nécessités de la vie courante ? OUI 🞏 NON 🞏

Raisons du détour :

Horaires normaux trajet domicile/lieu de travail ou lieu de travail/lieu de restauration :

L’accident est-il survenu aux horaires normaux du trajet

et pendant la durée normale pour effectuer ce trajet : OUI 🞏 NON 🞏

Si non, pourquoi ?

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 ?

Observations :

Fait à ……………….., le ………………………

Signature de l’autorité territoriale

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT DE TRAJET**

**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,