



MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



RECTORAT de CAEN  
DEPAP – Bureau accidents du  
travail, maladies professionnelles  
168 rue Caponière – BP 46184  
14061 CAEN cedex

## Déclaration d'accident de service ou du travail

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

### **Accident de service :**

Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés)

### **Accident du travail :**

Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an (CDD et CDI)

*Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...), utiliser l'imprimé CPAM sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr)*

### **A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE**

**DATE DE L'ACCIDENT :** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**TYPE D'ACCIDENT** (cocher la case correspondante) :

|                          |                                 |                          |                    |                          |                     |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Accident sur le lieu de travail | <input type="checkbox"/> | Accident de trajet | <input type="checkbox"/> | Accident en mission |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**

Mme           M.

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Situation familiale :  célibataire    marié(e)    pacsé(e)    séparé(e)    divorcé(e)    veuf(ve)

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Numéro INSEE : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse personnelle : .....

Code postal |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| | Ville.....

Téléphone (facultatif) : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| | ou |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse électronique (facultatif) : .....@.....

### **STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :**

stagiaire    titulaire    non titulaire    Maître à titre définitif    A    B    C

**CORPS DISCIPLINE FONCTION** (en toutes lettres) : .....

### **SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :**

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....

Code postal |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| | Ville.....

Téléphone professionnel : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse électronique professionnelle : .....@.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :**

Date de l'accident : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Heure de l'accident : |\_|\_| h |\_|\_|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT : joindre un emploi du temps**

| Matin                        | Après-midi                   | Soir                         |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| de .... h .... à .... h .... | de .... h .... à .... h .... | de .... h .... à .... h .... |
| de .... h .... à .... h .... | de .... h .... à .... h .... | de .... h .... à .... h .... |

**QUOTITE DE SERVICE** (si travail à temps partiel) : .....

**LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :** .....

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT** (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) à détailler sur feuille supplémentaire si nécessaire :

**PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :**

*Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :*

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ?  OUI  NON

- heure de départ du domicile : |\_|\_| h |\_|\_|

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |\_|\_| h |\_|\_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ?  OUI  NON

- heure de départ du lieu de travail : |\_|\_| h |\_|\_|

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |\_|\_| h |\_|\_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ?  OUI  NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? .....

Combien de temps dure le trajet : |\_|\_| h |\_|\_|

Si le trajet a été détourné, motifs : .....

Si le trajet a été interrompu, motifs : .....

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ?  AVANT  APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ? .....

**SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS** (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'assurance : .....

.....N° de police : .....

Un constat amiable a t'il été établi ?  OUI  NON

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie a t'il été établi ?  OUI  NON

***Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.***

**NATURE DE L'ACCIDENT :**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> chute d'objet           | <input type="checkbox"/> manutention                  | <input type="checkbox"/> heurt (meuble...) |
| <input type="checkbox"/> projection        | <input type="checkbox"/> explosion               | <input type="checkbox"/> agression                    | <input type="checkbox"/> contact           |
| <input type="checkbox"/> glissade          | <input type="checkbox"/> exposition, rayonnement | <input type="checkbox"/> accident de la voie publique |  |
| <input type="checkbox"/> autre .....       |  |   |  |

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

.....

**LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :**

.....

.....

**DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :**    |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

***Joindre obligatoirement un certificat médical initial original (volets 1 et 2) décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident (sous pli confidentiel à l'attention du bureau DEPAP AT/MP). Le volet employeur doit être remis au supérieur hiérarchique.***

- sans arrêt de travail     avec arrêt de travail     décès immédiat

**SIERGE DES LESIONS** (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Tête</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Visage</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Yeux</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b><br>sauf main :<br>épaule, bras, coude,<br>avant bras, poignet | <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b><br>sauf pied :<br>hanche, cuisse,<br>genou, jambe,<br>cheville | <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b><br>cou, colonne<br>vertébrale, thorax,<br>bassin, abdomen | <input type="checkbox"/> <b>Autre lésion</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Main :</b><br>pouce, autre doigt   | <input type="checkbox"/> <b>Pied</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Lésions multiples</b>   | <input type="checkbox"/> .....               |

**NATURE DES LESIONS** (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite                        | <input type="checkbox"/> gelure                               | <input type="checkbox"/> luxation                     |
| <input type="checkbox"/> amputation             | <input type="checkbox"/> douleur                          | <input type="checkbox"/> hernie                               | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre                 |
| <input type="checkbox"/> asphyxie               | <input type="checkbox"/> écrasement                       | <input type="checkbox"/> inflammation                         | <input type="checkbox"/> traumatisme interne          |
| <input type="checkbox"/> brûlure                | <input type="checkbox"/> eczéma                           | <input type="checkbox"/> intoxication                         | <input type="checkbox"/> traumatisme<br>psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie            | <input type="checkbox"/> électrisation /<br>électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire<br>ou musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif              |
| <input type="checkbox"/> commotion              | <input type="checkbox"/> entorse                          | <input type="checkbox"/> lésion psychologique                 | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel            |
| <input type="checkbox"/> contusion              | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif             | <input type="checkbox"/> lésion neurologique                  | <input type="checkbox"/> trouble visuel               |
| <input type="checkbox"/> corps étranger         | <input type="checkbox"/> fracture                         | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique                 | <input type="checkbox"/> lésions multiples            |
| <input type="checkbox"/> autres : .....         |   |   |   |

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES **TEMOINS** ?  OUI     NON (*Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement***) :

1) Dans l'affirmative, faire remplir ci-dessous et joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

.....

.....

.....

.....

Date    |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou **joindre l'attestation de la première personne au sein de l'établissement** à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées et son statut :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).**

Date |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature**

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ?     OUI     NON    Si oui :

|   | 1 <sup>er</sup> accident ou MP | 2 <sup>ème</sup> accident ou MP | 3 <sup>ème</sup> accident ou MP |
|---|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Date  |                                |                                 |                                 |
| Incapacité partielle permanente en %                                  |                                |                                 |                                 |
| Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse |                                |                                 |                                 |

**A compléter et signer par l'agent**

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) .....  
sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à ....., le |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature de l'agent**

**A compléter et signer par le supérieur hiérarchique**

**Je soussigné(e)**, .....  
Fonction .....  
Etablissement .....

**Supérieur hiérarchique de l'agent,**  
**atteste** que Madame/Monsieur .....  
Statut & catégorie professionnelle .....  
victime d'un accident de service / de trajet le .....  
**se trouvait dans ses obligations de service et sous ma responsabilité au moment de l'accident.**

Fait à ....., le |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique**

**EN CAS DE RESERVE SUR L'ACCIDENT, ETABLIR UNE ATTESTATION SUR PAPIER LIBRE EN EXPLICITANT LES ARGUMENTS.**

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).  
Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).