

MODELE DE DÉCLARATION DE L'AGENT

ACCIDENT DE SERVICE

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique :

Nom d'usage :

Prénom :

Cadre d'emplois :

Service :

Ancienneté au poste de travail :

Catégorie : TITULAIRE CONTRAT DROIT PUBLIC
 STAGIAIRE CONTRAT DROIT PRIVE
 AUTRE, précisez :

ACCIDENT

Type d'accident : ACCIDENT DE SERVICE
 ACCIDENT DE TRAJET

Jour : LUNDI VENDREDI
 MARDI SAMEDI
 MERCREDI DIMANCHE
 JEUDI

Date :

Heure :

Lieu :

Horaires le jour de l'accident :

Arrêt de travail : OUI NON

Durée de l'arrêt :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné à :

- établir la gestion du sinistre

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, aux informations qui vous concernent, pour connaître et exercer vos droits.

ACTIVITÉ EXERCÉE LORS DE L'ACCIDENT :

- TRAVAIL ADMINISTRATIF
- ACCUEIL DU PUBLIC
- ESPACES VERTS
- COLLECTE DÉCHETS VERTS
- BÂTIMENT
- ATELIER
- VOIRIE
- MAINTENANCE ÉCLAIRAGE PUBLIC
- ENTRETIEN DES COURS D'EAU
- AUTRES, précisez :
- MÉCANIQUE – ENTRETIEN VÉHICULES
- DÉPLACEMENT - CONDUITE
- ENTRETIEN DES LOCAUX
- ENTRETIEN DES CIMETIÈRES
- ENTRETIEN DES PISCINES
- RESTAURATION
- SERVICE ENFANTS
- SERVICE PERSONNES AGÉES
- MONTAGE – MANIFESTATIONS

ÉLÉMENT MATÉRIEL :

- CHUTE DE PLAIN-PIED
- CHUTE AVEC DÉNIVELLATION
- OBJET OU MASSE EN SOULÈVEMENT
- PORT DE CHARGES – SOULÈVEMENT
- UTILISATION DE PRODUITS DANGEREUX
- ÉLECTRICITÉ
- UTILISATION MACHINES
- MANIPULATION OUTILS À MAIN
- VÉHICULE – ENGIN
- AGRESSION – MORSURE – INSECTE
- AUTRES, précisez :

CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT :

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

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS (joindre le certificat médical initial)

NATURE DES LÉSIONS :

- PLAIE
- PIQURE
- BRÛLURE – GELURE
- ENTORSE – FOULURE
- FRACTURE
- ÉCRASEMENT
- CONTUSION – HÉMATOME
- LUMBAGO - LOMBALGIE
- CERVICALGIE
- DÉCHIRURE MUSCULAIRE
- PRÉSENCE CORPS ÉTRANGER
- ÉLECTRISATION - ÉLECTROCUTION
- ALLERGIE - INFLAMMATION
- INTOXICATION

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné à :

- établir la gestion du sinistre

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, aux informations qui vous concernent, pour connaître et exercer vos droits.

TRAUMATISME

LUXATION

AUTRES, précisez :

SIÈGE DES LÉSIONS :

TÊTE

YEUX

OREILLES

COU (sauf vertèbres cervicales)

ÉPAULES

COLONNE VERTÉBRALE

THORAX

DOS (sauf vertèbres dorsales et lombaires)

ABDOMEN – BASSIN

BRAS

COUDES

POIGNETS

MAINS

HANCHES – CUISSES

GENOUX

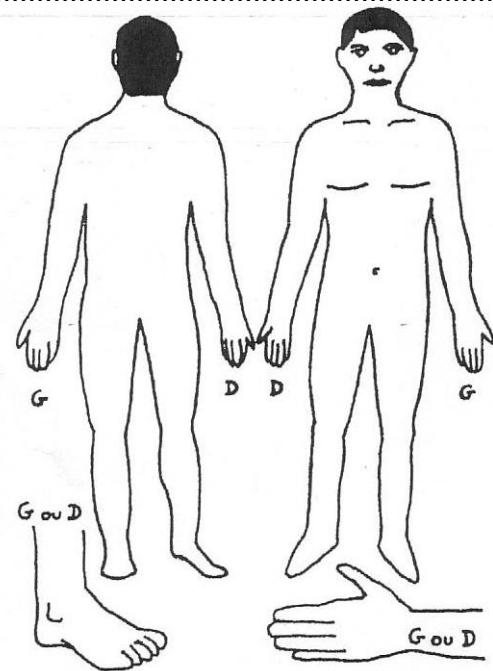
JAMBES

CHEVILLES

PIEDS

AUTRES, précisez :

MALAISE



Indiquez le(s) siège(s) à l'aide de flèche(s)

PORTE D'UN ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE :

OUI, précisez :

NON

TÉMOINS

OUI

NON

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

A , le

Signature de l'agent

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné à :

- établir la gestion du sinistre

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, aux informations qui vous concernent, pour connaître et exercer vos droits.