

# MODELE DE DÉCLARATION DE L'AGENT

## ACCIDENT DE TRAJET

### 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 :

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

## ÉLÉMENT MATÉRIEL :

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> CHUTE DE PLAIN-PIED               |
| <input type="checkbox"/> CHUTE AVEC DÉNIVELLATION          |
| <input type="checkbox"/> OBJET OU MASSE EN SOULÈVEMENT     |
| <input type="checkbox"/> PORT DE CHARGES – SOULÈVEMENT     |
| <input type="checkbox"/> UTILISATION DE PRODUITS DANGEREUX |
| <input type="checkbox"/> ÉLECTRICITÉ                       |
| <input type="checkbox"/> UTILISATION MACHINES              |
| <input type="checkbox"/> MANIPULATION OUTILS À MAIN        |
| <input type="checkbox"/> VÉHICULE – ENGIN                  |
| <input type="checkbox"/> AGRESSION – MORSURE – INSECTE     |
| <input type="checkbox"/> AUTRES, précisez : .....          |

## CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT :

.....

.....

.....

.....

<b>NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS (joindre le certificat médical initial)</b>
--

### NATURE DES LÉSIONS :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PLAIE                | <input type="checkbox"/> LUMBAGO - LOMBALGIE           |
| <input type="checkbox"/> PIQURE               | <input type="checkbox"/> CERVICALGIE                   |
| <input type="checkbox"/> BRÛLURE – GELURE     | <input type="checkbox"/> DÉCHIRURE MUSCULAIRE          |
| <input type="checkbox"/> ENTORSE – FOULURE    | <input type="checkbox"/> PRÉSENCE CORPS ÉTRANGER       |
| <input type="checkbox"/> FRACTURE             | <input type="checkbox"/> ÉLECTRISATION - ÉLECTROCUTION |
| <input type="checkbox"/> ÉCRASEMENT           | <input type="checkbox"/> ALLERGIE - INFLAMMATION       |
| <input type="checkbox"/> CONTUSION – HÉMATOME | <input type="checkbox"/> 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

☐ MALAISE

☐ 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

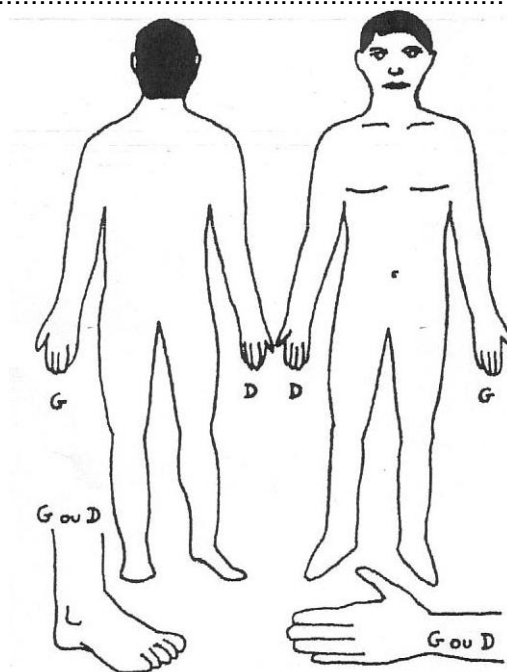
☐ GENOUX

☐ JAMBES

☐ CHEVILLES

☐ PIEDS

☐ AUTRES, précisez : .....



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

**PORT 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.