



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

Déclaration d'accident de service ou de trajet

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :

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

Accident du travail :

Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an. **Tout contrat inférieur à un an relève de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie-CGSS).**

Le dossier complet et signé est à transmettre au Rectorat de l'Académie de la Guadeloupe
Direction des Ressources Humaines
Pôle des Accidents, de la Maladie professionnelle et Protection du Fonctionnaire
Parc d'Activités La Providence - Zac de Dothémare
Boîte Postale 480 - 97183 Les Abymes Cedex
Téléphone : 0590 47 81 00

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 (joindre l'ordre de mission)
--	---	---

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'épouse :
Prénoms : Nationalité :

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

Date de naissance : | | | | | | | |

Numéro d'agent (NUMEN-Facultatif) : | | | | | | | | | | | | | |

Numéro INSEE (obligatoire) : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse personnelle (obligatoire) :
.....
.....

Code postal | | | | | Ville.....

Téléphone (obligatoire) : | | | | | | | | | | 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 : _____

Jour de la semaine de l'accident :

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

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) :

A joindre le rapport circonstancié rédigé et signé par le supérieur hiérarchique.

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière et le croquis explicatif ou 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 procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ? OUI NON

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

NATURE DE L'ACCIDENT :

- chute de personne
- projection
- glissade
- autre
- chute d'objet
- explosion
- exposition, rayonnement
- manutention
- agression
- accident de la voie publique
- heurt (meuble...)
- contact

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 (volet 1 et 2) décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

- sans arrêt de travail
- avec arrêt de travail
- décès immédiat

SIEGE DES LESIONS (en cas de localisation multiple, cocher les cases correspondantes) :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tête (préciser)

<input type="checkbox"/> Membre supérieur :
<input type="checkbox"/> épaule
<input type="checkbox"/> bras
<input type="checkbox"/> avant bras
<input type="checkbox"/> coude
<input type="checkbox"/> poignet

<input type="checkbox"/> Main :
<input type="checkbox"/> pouce
<input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Visage (préciser)

<input type="checkbox"/> Membre inférieur :
<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/> jambe
<input type="checkbox"/> cheville

<input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> orteil(s)
(préciser) | <input type="checkbox"/> Yeux
<input type="checkbox"/> œil droit
<input type="checkbox"/> œil gauche

<input type="checkbox"/> Tronc :
<input type="checkbox"/> cou
<input type="checkbox"/> colonne vertébrale
<input type="checkbox"/> thorax
<input type="checkbox"/> bassin
<input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> Dent(s)
<input type="checkbox"/> mâchoire inférieure
<input type="checkbox"/> mâchoire supérieure

<input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s)
(préciser) |
|--|--|---|---|

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

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

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 ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :
.....
.....
.....
.....

