



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<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 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. **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"/> <b>Tête</b> (préciser)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b><br><input type="checkbox"/> épaule<br><input type="checkbox"/> bras<br><input type="checkbox"/> avant bras<br><input type="checkbox"/> coude<br><input type="checkbox"/> poignet<br><br><input type="checkbox"/> <b>Main :</b><br><input type="checkbox"/> pouce<br><input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)<br>(préciser) | <input type="checkbox"/> <b>Visage</b> (préciser)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b><br><input type="checkbox"/> hanche<br><input type="checkbox"/> cuisse<br><input type="checkbox"/> genou<br><input type="checkbox"/> jambe<br><input type="checkbox"/> cheville<br><br><input type="checkbox"/> <b>Pied</b><br><input type="checkbox"/> orteil(s)<br>(préciser) | <input type="checkbox"/> <b>Yeux</b><br><input type="checkbox"/> œil droit<br><input type="checkbox"/> œil gauche<br><br><input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b><br><input type="checkbox"/> cou<br><input type="checkbox"/> colonne vertébrale<br><input type="checkbox"/> thorax<br><input type="checkbox"/> bassin<br><input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b><br><input type="checkbox"/> mâchoire inférieure<br><input type="checkbox"/> mâchoire supérieure<br><br><input type="checkbox"/> <b>Autre(s) lésion(s)</b><br>(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) :  
.....  
.....  
.....  
.....

