

Déclaration d'accident de service ou de travail

Accident de service : Agents stagiaires ou titulaires.

Accident de travail : Agents non titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an.



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...

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Nom d'usage suivi du nom de naissance (si différent) :

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 (obligatoire) : _____ ou _____

Adresse électronique professionnelle (obligatoire) : @

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire (temps plein et à l'année) 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 service : @

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : __ / __ / ____

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

Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie / nom / adresse			

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

DATE DE L'ACCIDENT : __ / __ / ____ Heure de l'accident : __ h __

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

Accident sur le lieu de travail	Accident de trajet	Accident en mission (joindre l'ordre de mission ou la convocation)
---------------------------------	--------------------	--------------------------------------------------------------------

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..., tâches exécutées, gestes effectués) :

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre **obligatoirement** la copie d'une carte routière (Mappy) 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 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

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

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) disposition(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, ou si les témoins ne sont pas en âge ou capacité de témoigner, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

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

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

Date __ / __ / ____

Signature :

DATE DE LA CONSTATION MEDICALE DES LESIONS : __ / __ / ____

Joindre **obligatoirement** un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

<input type="checkbox"/> Sans arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Avec arrêts de travail	<input type="checkbox"/> Décès immédiat
------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------------

LES BLESSURES ET LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

.....

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

- Tête
- Membre supérieur :
Sauf main :
épaule, bras, coude,
avant-bras, poignet
- Main :
Pouce, autre doigt
- Visage
- Membre inférieur :
Sauf pied :
hanche, cuisse,
genou, jambe,
cheville
- Pied
- Yeux
- Tronc :
Cou, colonne
vertébrale, thorax,
bassin, abdomen
- Lésions multiples
- Dent(s)
- Autre lésion

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

- affection respiratoire
- amputation
- asphyxie
- brûlure
- cervicalgie
- autres (à préciser) :
- commotion
- électrisation /
électrocution
- écrasement
- entorse
- contusion
- fracture
- lumbago sciatique
- lésion neurologique
- inflammation
- intoxication
- lésion ligamentaire
ou musculaire
- trouble visuel
- luxation
- plaie-piqûre
- état anxio-dépressif
- traumatisme
psychologique
- trouble auditif
- trouble sensoriel

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 disposition 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 obligatoire de l'agent

Fait à, le __ / __ / ____

Signature et timbre du supérieur hiérarchique obligatoire

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros 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).

La déclaration est à retourner à l'adresse suivante :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON
DIRH5 bureau des accidents de travail et maladies professionnelles
2G rue du Général Delaborde
BP81921
21019 DIJON cedex

RAPPEL DES PIECES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DU DOSSIER D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE SERVICE :

Avec la déclaration :

- Un certificat médical initial original accident du travail (Cerfa n° 11138*04), volets 1 et 2 portant mention des lésions (sous pli confidentiel)
- En cas d'accident de trajet : plan du trajet et copie du procès-verbal ou du constat amiable (le cas échéant)
- En cas d'accident de mission : ordre de mission ou attestation du supérieur hiérarchique

En cours de soins :

- Le(s) certificat(s) médical(aux) de prolongation d'arrêt de travail et/ou de soins, de date à date
- Les comptes rendus des examens réalisés

A la fin des soins :

- Le certificat médical final attestant de la guérison ou de la consolidation des lésions ou de la pathologie

Tout dossier sans certificat médical initial ne pourra être étudié et sera retourné à l'agent.



RÉGION ACADÉMIQUE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON
DIRH5, bureau des accidents de travail et
maladies professionnelles
2G rue du Général Delaborde
BP81921
21019 DIJON cedex

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Ce certificat est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais.

EN AUCUN CAS LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

Je soussigné(e)

M/Mme.....

Fonction

certifie que

M/Mme.....

a été victime d'un accident de service ou de travail le

L'intéressé(e) ¹ :

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n°84-16 du 11 janvier portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- **agent non titulaire de l'Etat**, relève 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,
- **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L719-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.

¹ Rayer les mentions inutiles

Fait à, le

Signature du supérieur hiérarchique obligatoire

NB : Ce certificat ne lie pas l'administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents 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...).

Informations importantes au verso

INFORMATIONS

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (*Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale*).

EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

- **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENTS (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE EN CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS**
à l'adresse suivante :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON
DIRH5, bureau des accidents de travail et maladies professionnelles
2G rue du Général Delaborde
BP 81321
21019 DIJON cedex

- **LES ORIGINAUX DES FEUILLES DE SOINS DOIVENT ETRE ACCOMPAGNES DES PRESCRIPTIONS CORRESPONDANTES, AVEC LA MENTION AT IDENTIFIEE, ET DES COORDONNEES BANCAIRES DES PRESTATAIRES DE SANTE.**
- Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez nous contacter à l'adresse mail suivante :

ce.dirh5.at@ac-dijon.fr

VOLET RECAPITULATIF DES SOINS

Documents à faire compléter par les prestataires de santé, à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins (bureau DIRH5, Rectorat).

Ce document ne lie pas l'administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident

Accident de service, du travail :

Survenu le àh.....

Déclaré le

Victime :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Adresse personnelle :

.....

.....

.....

Corps :

Lieu d'affectation :

.....

.....

