



DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL/SERVICE

Ce cadre est à compléter par le responsable de l'agent

AGENT TITULAIRE (OU EN COURS DE TITULARISATION) Accident : <input type="checkbox"/> DE SERVICE <input type="checkbox"/> DE TRAJET	AGENT CONTRACTUEL* Accident : <input type="checkbox"/> DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> DE TRAJET <small>* à compléter avec le formulaire CERFA de la CPAM (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S6200.pdf)</small>
--	---



**SEULE UNE DECLARATION COMPLETE, SIGNEE, ET ACCOMPAGNEE
D'UN CERTIFICAT MEDICAL POURRA ETRE PRISE EN COMPTE POUR ETRE INSTRUITE**



Date de l'accident : ____/____/____ Heure : ____ H ____ Horaire de travail : Matin : de ____ H ____ à ____ H ____ Après-midi : de ____ H ____ à ____ H ____ Résidence administrative : _____ Lieu exact de l'accident : _____	ETAT CIVIL DE LA VICTIME Nom : _____ Prénom : _____ N° de matricule : _____ Sexe : ____ Adresse de l'agent : _____ Code postal : _____ Ville : _____ N° de Téléphone : _____ Direction : _____ Service : _____ Grade : _____ Métier : _____
---	---

DECRIEZ PRECISEMENT L'ACTIVITE EFFECTUEE ET LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :
(Précisez les coordonnées des éventuels témoins ou tiers en cause, le cas échéant)

Cet imprimé doit être adressé à la **Direction Des Ressources Humaines et de la Communication Interne** impérativement **dans les 24 heures** suivant l'accident (fax : 03 89 21 64 54), et copie à l'assistant de prévention (sans certificat médical) de votre secteur dans les meilleurs délais

Suites immédiates - Premiers soins

Nature des soins :

Par qui ? :

**Mesures prises par la hiérarchie
pour éviter un nouvel accident :**

NON (à motiver) - OUI (à préciser)

ACTIVITÉS - (cocher l'activité exercée au moment de l'accident)

- Entretien, nettoyage et rangement (des locaux)
 - Services aux personnes / Travail social (VAD, accueil public, soins, enfants, personnes âgées, etc.)
 - Travail administratif et services généraux
 - Intervention, secours, lutte contre l'incendie
 - Espaces verts (entretien, chantier rivières, etc.)
 - Préparation, fermeture, rangement de chantiers (nettoyement voirie)
 - Voirie / Chantier (maintenance de la voirie, viabilité hivernale)
 - Réparation et fabrication (atelier et opérations de maintenance des bâtiments, véhicules, etc.)
 - Restauration (préparation et service)
 - Maintenance eau et assainissement (SATESE)
 - Magasinage et stockage, manutention
 - Affaires culturelles (manifestations, fêtes, cérémonies et spectacles)
 - Autres activités (mission déplacement, ...) :
-

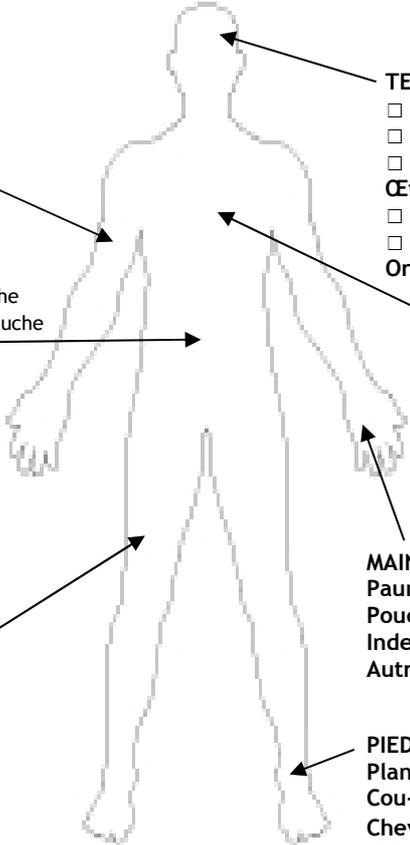
RISQUE PROFESSIONNEL (Circonstances)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Risques d'accident de plain-pied | <input type="checkbox"/> Risques de chute de hauteur |
| <input type="checkbox"/> Risques liés aux circulations internes | <input type="checkbox"/> Risques routiers |
| <input type="checkbox"/> Risques liés à l'activité physique | <input type="checkbox"/> Risques liés à la manutention mécanique |
| <input type="checkbox"/> Risques liés aux produits, aux émissions et aux déchets | <input type="checkbox"/> Risques liés aux agents biologiques |
| <input type="checkbox"/> Risques liés aux effondrements et aux chutes d'objet | <input type="checkbox"/> Risques liés aux équipements de travail |
| <input type="checkbox"/> Risques et nuisances liés au bruit | <input type="checkbox"/> Risques liés aux ambiances thermiques |
| <input type="checkbox"/> Risques d'incendie, d'explosion | <input type="checkbox"/> Risques liés à l'électricité |
| <input type="checkbox"/> Risques liés à l'éclairage | <input type="checkbox"/> Risques liés aux rayonnements |
| <input type="checkbox"/> Risques psychosociaux | <input type="checkbox"/> Risques liés au travail isolé |
| <input type="checkbox"/> Risques liés à l'exposition aux vibrations | <input type="checkbox"/> Risques liés au travail en espaces confinés |
| <input type="checkbox"/> Risques de noyade | |
-

NATURE DES LÉSIONS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atteinte ostéo-articulaire et/ou musculaire (lombalgie, trouble Musculo-Squelettique « TMS », entorse, douleur d'effort, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Réaction allergique ou inflammatoire cutanée ou muqueuse | |
| <input type="checkbox"/> Contusion hématome | <input type="checkbox"/> Plaie/coupure |
| <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Présence de corps étrangers |
| <input type="checkbox"/> Intoxication par ingestion, par inhalation, par voie cutanée | <input type="checkbox"/> Piqûre |
| <input type="checkbox"/> Atteintes sensorielles (troubles visuels, auditifs, etc.) | <input type="checkbox"/> Brûlure physique, chimique |
| <input type="checkbox"/> Commotion, perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Lésions de nature multiple |
| <input type="checkbox"/> Morsure | <input type="checkbox"/> Electrification, électrocution |
| <input type="checkbox"/> Lésions nerveuses | <input type="checkbox"/> Amputation / écrasement |
| <input type="checkbox"/> Gelure | <input type="checkbox"/> Trouble psychologique (RPS) |
| <input type="checkbox"/> Asphyxie | |
| <input type="checkbox"/> Malaise cardiaque | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

SIEGE DES LESIONS :



MEMBRES SUPERIEURS
Epaulé : droite gauche les deux
Bras : droit gauche les deux
Coude : droit gauche les deux
Avant-bras : droit gauche les deux
Poignet : droit gauche les deux

TRONC (HORS DOS)
Thorax : sans précision côté droit côté gauche
Abdomen : sans précision côté droit côté gauche
 Blessure(s) internes(s)
 Organes génitaux

SIEGE INTERNE
 côté droit côté gauche les deux côtés
(Ex : côtes, appareil respiratoire, etc...)
 SIEGES MULTIPLES INTERNES
(Ex : côtes + cœur, foie + rate, etc...)

MEMBRES INFERIEURS :
 côtés droit gauche les deux
Hanche : côté droit gauche les deux
Cuisse : droite gauche les deux
deux
Genou : droit gauche les deux
Jambe : droite gauche les deux

AUTRES SIEGES :

TETE
 Crâne
 Cou
 Face (sauf nez et bouche)
Œil / yeux : droit gauche les deux
 Nez
 Bouche
Oreille (s) : droite gauche les deux

DOS
 COLONNE VERTEBRALE
 Cervicale
 Dorsale
 Lombaire
 Bassin / Sacrum / Coccyx
 Autres

MAIN : droite gauche les deux
Paume et dos : droit gauche les deux
Pouce : droit gauche les deux
Index : droit gauche les deux
Autre(s) doigt(s) : droits gauches les

PIED : droit gauche les deux
Plante du pied : droite gauche les deux
Cou-de-pied : droit gauche les deux
Cheville : droite gauche les deux
Talon : droit gauche les deux
Gros orteil : droit gauche les eux
Autres orteils : droits gauches les deux

ELEMENTS MATERIELS

Quels EPC (équipements de protection collective) étaient en place ?

Quels EPI (équipements de protection individuelle) étaient portés ?

(Ex. gants, chaussures, lunettes, masques ...)

Date :

Nom, prénom de la personne qui a rempli le document
(chef de service ou accidenté ou témoin):

Fonction :

Téléphone du service :

Signature de la personne qui a rempli le document :

« J'atteste l'exactitude des circonstances mentionnées ci-dessus »

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT PAR LE CHEF DE SERVICE DE L'ACCIDENTE

(ou son représentant délégué)

Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Avis sur les circonstances de l'accident :

Réserve émise quant à l'imputation de l'accident au service : OUI : lesquelles ? NON

Cet accident a-t-il été évalué et figure-t-il dans votre document unique ?

OUI NON

Cet accident a-t-il été inscrit dans le classeur Vie au Travail ?

OUI NON

Si oui, merci de transmettre copie de la page concernée au Service Vie au Travail

Le dossier est-il complet ? (CF document "Pièces à joindre en cas d'accident")

OUI NON

Date :

Cachet et signature :