

## DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

A adresser en 2 exemplaires au chef de service  
de l'agent accidenté

### EMPLOYEUR

Service : .....  
Adresse : .....  
Nom et qualité du chef de service : .....  
Tél. : .....

### VICTIME

Nom : ..... Prénoms : ..... N° de sécurité sociale  
Nom de jeune fille : ..... Nationalité : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Adresse personnelle : ..... tél : .....  
Situation de famille : célibataire  marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)   
Nombre d'enfants : ..... Ages : .....

### SITUATION ADMINISTRATIVE

Grade : (obligatoire) ..... Échelon : ..... Indice net majoré : .....  
Qualité : titulaire  auxiliaire  contractuel  date de recrutement : .....

### ACCIDENT

Date (préciser le jour) : ..... Heure (de 0 à 24 h) : .....  
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de ..... à ..... et de ..... à .....  
Lieu de l'accident : .....  
Siège des lésions (préciser droite ou gauche) : .....  
Nature des lésions : .....

**Circonstances détaillées de l'accident ou déposition de la victime :** .....  
.....  
.....

Lieu où a été transportée la victime : ..... Quand a-t-elle consulté un médecin ? .....  
Suite immédiate : sans arrêt de travail  avec arrêt de travail de plus de 24 h  décès immédiat

S'il s'agit d'un accident de trajet, préciser s'il y a lieu :  
- sur le trajet direct du domicile au lieu de travail : OUI  NON  heure de départ du domicile : .....  
- sur le trajet direct du lieu de travail au domicile : OUI  NON  heure de départ du lieu de travail : .....

**Si le trajet emprunté le jour de l'accident n'a pas été le trajet direct, préciser pourquoi** .....

Moyen de locomotion employé : ..... Temps de trajet habituel : .....  
Un rapport de police a-t-il été établi ? OUI  NON  par qui ? .....

### TÉMOINS

Noms, prénoms et adresses des témoins  
1<sup>er</sup> .....  
.....  
2<sup>ème</sup> .....  
.....

### ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Noms et adresse du tiers .....  
.....  
Noms et adresse de la C<sup>ie</sup> d'assurance du tiers . .....  
.....  
Et son N° de police .....

Vu et transmis le .....

A ....., le .....

Signature et tampon du chef de service de l'agent accidenté  
(obligatoire)

Signature de l'accidenté  
(obligatoire)