



RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

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



Déclaration d'accident de travail ou de trajet

ATTENTION

*Cette déclaration est à destination des **agents non-titulaires rémunérés sur le budget 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...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES PAR LA VICTIME

DATE DE L'ACCIDENT : | | | | | | | | | |

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

☐	Accident sur le lieu de travail	☐	Accident de trajet	☐	Accident en mission
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance :	Nom d'usage :
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 :

Adresse électronique (facultatif) :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT NON TITULAIRE (joindre copie du contrat de travail)

GRADE :

DISCIPLINE :

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Joindre une copie de l'emploi du temps

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT :**1- LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :****2- NATURE DE L'ACCIDENT :**

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

3- ELEMENT ASSOCIE (machine, outil, table, véhicule, sol mouillé, etc...) :**4- DEPOSITION de l'agent décrivant de manière précise et détaillée les circonstances exactes de l'accident (environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué) :**

Joindre une attestation sur l'honneur manuscrite mentionnant que vous avez connaissance des sanctions encourues en cas de déclaration mensongère.

DESCRIPTION DES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES :

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi le plus rapidement possible après l'accident.

☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail ☐ décès

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

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

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

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

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? (Hors milieu familial ou personne mineure) ☐ OUI ☐ NON

1) Dans l'**affirmative**, joindre obligatoirement leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonction(s), adresse(s).

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, joindre obligatoirement l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses nom(s), prénom(s), fonction(s), adresse(s).

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière 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.

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

L'agent est-il bénéficiaire d'une ATI ☐ NON ☐ OUI Si oui, joindre une copie de la notification de l'ATI

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP	4 ^{ème} accident ou MP
Date				
Précisez la(es) lésion(s)				
Incapacité partielle permanente en %				
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie, nom, adresse				

Je soussigné (e), (nom et prénom de l'agent)

sollicite le bénéfice des dispositions 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.

et déclare avoir pris connaissance des sanctions pénales encourues en cas de déclaration frauduleuse.

Fait à , le

Signature de l'agent :

« La loi rend passible d'amende et /ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations »
(article L114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 et suivants du Code pénal)

Vu et pris connaissance le :

Nom, prénom, qualité du supérieur hiérarchique (chef d'établissement, chef de service ou inspecteur de l'éducation nationale) :

Signature et timbre du supérieur hiérarchique :

Merci de joindre à la présente déclaration, un rapport du supérieur hiérarchique mentionnant la date et les circonstances dans lesquelles il a été informé de l'accident. En cas de réserve sur l'accident, expliciter les arguments.

LISTES DES PIECES OU DOCUMENTS ORIGINAUX A FOURNIR pour une déclaration d'accident de service ou du travail ou de trajet *(Toute transmission de documents doit se faire par la voie hiérarchique)*

✎ Pour tout type d'accident

- ☐ Imprimé de déclaration d'accident de service rempli en 2 exemplaires, signé et tamponné par le supérieur hiérarchique; (uniquement en feuille recto)
- ☐ Certificat médical d'accident du travail initial (feuillet bleu CERFA n° 11138) indiquant le descriptif des lésions (fournir les originaux du 1^{er} et 2nd volet) - *le 3^{ème} volet est à conserver par la victime*
- ☐ Certificat médical d'accident du travail de prolongation (feuillet bleu CERFA n° 11138) d'arrêt de travail, de date à date, et/ou de prolongation de soins indiquant la date de reprise des fonctions (fournir les originaux du 1^{er} et 2nd volet) - *le 3^{ème} volet est à conserver par la victime*
- ☐ Certificat médical d'accident du travail final (feuillet bleu CERFA n°11138) qui devra mentionner, soit la date de guérison, soit la date de consolidation- (fournir les originaux du 1^{er} et 2nd volet) - *le 3^{ème} volet est à conserver par la victime*
- ☐ Compte rendu(s) d'examen (s) médicaux : de radiographique(s), d'IRM...
- ☐ Attestation sur l'honneur de la victime décrivant de manière précise et détaillée les circonstances exactes de l'accident
- ☐ Déclaration écrite des témoins directs de l'accident ou, à défaut, attestation de la première personne à laquelle les faits ont été relatés le jour même + copie lisible de la carte d'identité recto/verso
- ☐ Attestation sur l'honneur des personnes ayant vu l'agent avant l'accident indemne de toute lésion et/ou après l'accident avec les lésions constatées. Préciser le jour, et indiquer le lien avec l'agent (hors milieu familial) + copie lisible de la carte d'identité recto/verso
- ☐ Rapport du supérieur hiérarchique mentionnant la date et les circonstances dans lesquelles il a été informé de l'accident
- ☐ Emploi du temps de l'année scolaire en cours
- ☐ Copie du contrat de travail de l'agent non titulaire
- ☐ Signature sur le(s) document(s) retourné(s) :
- ☐ Cachet sur le(s) document(s) retourné(s) :
- ☐ Autre(s) :

✎ Pièces supplémentaires à fournir pour les accidents de trajet :

- ☐ Copie de la carte routière ou d'un plan de ville sur lequel seront reportés, selon le cas : le domicile, le lieu de travail, le lieu habituel des repas et le lieu de l'accident, ainsi que le trajet habituel et celui suivi le jour de l'accident, s'il est différent
- ☐ Une déclaration sur l'honneur que le trajet emprunté est le trajet habituel
- ☐ Copie du constat amiable
- ☐ Copie du rapport de gendarmerie, police ou pompiers

✎ Pièces supplémentaires à fournir pour les accidents survenus à l'occasion d'activités annexes:

- ☐ L'ordre de mission, la convocation ou un justificatif du supérieur hiérarchique spécifiant le lieu, la date, les horaires et l'objet de l'activité de service hors du lieu de travail habituel