



## DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre à votre employeur, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

### Informations relatives à la déclaration de l'événement

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation.

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission.

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé(e) (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.).

Objet avec lequel le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé(e). Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), d'une machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

**N'hésitez pas à communiquer toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles**

Page à compléter et à transmettre à votre employeur  
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

**Renseignements concernant la victime**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone personnel : .....

Courriel : .....

**Coordonnées administratives**

Nom de la collectivité / établissement : .....

Adresse : .....

Gestionnaire du dossier : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

**Statut et catégorie de l'agent**

Stagiaire

Titulaire

Catégorie :  A

B

C

Grade :

Quotité de travail ou nombre d'heures hebdomadaires :

Métier / Fonction :

Filière :

Page à compléter et à transmettre à votre employeur  
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET**

Date de l'accident : .....

Heure de l'accident: .....

Horaires de travail le jour de l'accident : .....

Horaires habituels (si différents, à expliquer) : .....

**Lieu de travail**

Lieu précis de l'accident : .....

Préciser s'il s'agit : (plusieurs réponses possibles) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail habituel      | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail                      |
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail occasionnel   | <input type="checkbox"/> Au cours d'une mission pour l'employeur   |
| <input type="checkbox"/> Lieu de restauration habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Lieu de télétravail           |  |

**Description des faits**

Activité de la victime lors de l'accident :

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

Nature de l'accident et siège des lésions (chute, agression, collision ...) :

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

Page à compléter et à transmettre à votre employeur  
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

### Témoins

- oui                       non (en l'absence de témoin, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

.....

Accident causé par un tiers :     oui                       non

Nom, prénom, adresse du tiers (si connus) :

.....

### Pièces jointes

- Certificat médical initial comportant la nature et le siège des lésions (obligatoire même sans arrêt de travail)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Témoignage(s) écrit(s) | <input type="checkbox"/> Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers |
| <input type="checkbox"/> Dépôt de plainte       | <input type="checkbox"/> Constat amiable                                   |
| <input type="checkbox"/> Ordre de mission       | <input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation                        |
- Plan(s) (pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)
- Autre(s) (à préciser) :

.....

### Conséquences de l'accident

*Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration*

Nature des lésions médicalement constatées :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plaie                       | <input type="checkbox"/> Fracture               |
| <input type="checkbox"/> Amputation                  | <input type="checkbox"/> Commotion, traumatisme |
| <input type="checkbox"/> Empoisonnement, infection   | <input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade       |
| <input type="checkbox"/> Luxation, entorse, foulure  | <input type="checkbox"/> Brûlure, gélure        |
| <input type="checkbox"/> Choc                        | <input type="checkbox"/> Blessures multiples    |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) (à préciser) ..... |   |

Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) :

.....

Je soussigné(e) (Nom et prénom)

Certifie sous l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à ..... le.....