

Déclaration d'accident du travail

Employeur										
Adresse :										
Tél :										
N° siret :										
N° risque activité :										
Code ape :										
Victime										
Nom patronymique (nom de naissance) & prénom :										
Nom d'usage (nom d'épouse) :										
N° immatriculation sécurité sociale :	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									
Date & lieu de naissance :										
Adresse :										
Date d'embauche :	Grade actuel :									
L'accident a-t-il fait d'autres victimes :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non									
Accident										
Date :	A h									
Horaire de travail le jour de l'accident :	de A									
	Et de A									
Lieu de l'accident :										
Circonstances détaillées de l'accident :										
Siege des lésions :										
Nature des lésions :										

