

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

Vous êtes fonctionnaire territorial, stagiaire ou titulaire CNRACL et êtes victime d'un accident de service ou de trajet. En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, il convient d'adresser par tout moyen à l'autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l'établissement public une déclaration d'accident de service ou de trajet 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.

**Si l'accident entraîne un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l'autorité territoriale dans un délai de 48h suivant son établissement.**

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

### INFORMATIONS RELATIVES A LA VICTIME

#### Informations personnelles

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de sécurité sociale : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone personnel : .....

Mail personnel : .....

#### Coordonnées administratives

Nom de la collectivité ou établissement public : .....

Nom du service: .....

Adresse : .....

Téléphone professionnel : .....

Mail professionnel : .....

#### Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire      Titulaire  
A      B      C

Cadre d'emploi:.....

Grade :.....

DHS : .....      Temps non complet      Temps partiel      Si temps partiel, quotité : .....%

Précisez les jours travaillés : .....

Métier/fonctions : .....

Date entrée en poste :.....

Activité habituelle :    Terrain    Bureau    Atelier    Autre:.....

**Ne pas oublier de joindre un certificat médical.**

**INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT**

Date de l'accident :.....

Heure de l'accident :.....

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

Horaires habituels (si différents des horaires du jour de l'accident, expliquer) :

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

Lieu précis de l'accident (coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail, si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice des fonctions : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation) :

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

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

Lieu de travail habituel

Lieu de travail occasionnel (ex : lieu de formation)

Lieu de restauration habituel

Lieu de télétravail

Accident de la circulation routière (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette, ...)

Au cours du trajet domicile/lieu de travail

Au cours d'une mission pour l'employeur (ex : réunion extérieure, ou dans le cadre d'un ordre de mission)

Au cours du trajet lieu de restauration habituel/lieu de travail

Activité de la victime lors de l'accident (tâche exécutée au moment de l'accident) :

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

Description de la nature de l'accident (ex : chute, agression,...) :

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

Objet dont le contact a blessé la victime (ex : matériau, outil, véhicule, ...) :

.....

Témoins :    Oui        Non (si non, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

Nom/prénom/qualité (adresse si extérieur à l'administration) :  
.....  
.....  
.....

Accident causé par un tiers :    Oui    Non

Nom, prénom, adresse du tiers (si connu) :  
.....  
.....

Société d'assurance du tiers (si connu) : .....

**Conséquences de l'accident**

Nature des lésions médicalement constatées :  
*En cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres ».*

- Plaie/blessure
- Fracture
- Amputation
- Commotion/traumatisme
- Asphyxie/noyade
- Luxation/entorse/foulure
- Brûlure/gelure
- Choc (*chocs consécutifs à des agressions, menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques*)
- Empoisonnement/infection
- Effets de température, de lumières, de radiations
- Effets du bruit, des vibrations, de la pression (*perte auditive aiguë, barotraumatisme...*)
- Blessures multiples
- Autres (à préciser) :  
.....  
.....

Siège des lésions (*indiquer l'endroit du corps qui a été atteint : tête, membres, yeux..., préciser s'il y a lieu, droite ou gauche. En cas de divergence avec le certificat médical, seul ce dernier fait foi*) :

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

**Pièces jointes**

Certificat médical (*obligatoire même sans prescription d'arrêt de travail*)

Témoignages écrits

Rapport de police/gendarmerie/pompiers

Dépôt de plainte

Constat amiable

Ordre de mission

Bulletin d'hospitalisation

Plans (*pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté, préciser le lieu de départ et d'arrivée, le parcours habituel s'il est différent de l'endroit où l'accident s'est produit*)

Autres (*à préciser*) : .....

Je soussigné (*prénom/nom*) :

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (*date de déclaration*) :

Signature de l'agent (ou de son représentant s'il y a lieu) :