

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 |

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT (ex : *salle de classe, cour, escalier, terrain de sport, laboratoire, voirie, etc*)

.....
.....

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (*environnement, tâche exécutée, geste effectué*)

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

Où la victime s'est-elle rendue ou a-t-elle été transportée après l'accident ?

.....

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE TRAJET :

***Si l'accident a eu lieu sur la voie publique, remplir l'annexe ACCIDENT DE VOIE PUBLIQUE
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

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (trajet ou pas) (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.

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

Élément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

SIÈGE DES LÉSIONS (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)
- Tronc :
 - cou
 - colonne vertébrale
 - thorax
 - bassin
 - abdomen
- Main :
 - pouce
 - autre(s) doigt(s)
- Membre supérieur :
 - épaule
 - bras
 - avant-bras
 - coude
 - poignet
- Pied
- Membre inférieur :
 - hanche
 - cuisse
 - genou
 - jambe
 - cheville
- Autre(s) lésion(s) préciser :
- Lésions multiples

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

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

Préciser si nécessaire (blessures ou lésions apparentes) :

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

- sans arrêt de travail : date et heure de reprise de travail
- avec arrêt de travail
- décès immédiat

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?

- OUI NON

- 1) Dans l'affirmative, **joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s)**
- 2) Dans la négative, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, **joindre l'attestation datée et signée avec nom, prénom, fonction, adresse de la première personne à laquelle l'accident a été signalé.**
Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire.

