Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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[1], vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, 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 entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement** ⚠

INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

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 (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE).

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 (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

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 (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, *etc.*).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de 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.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

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

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

[1] Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

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

Prénom .....

Date de naissance ....

N° Sécurité sociale : .....

Adresse personnelle .....

.....

.....

Tel personnel .... Mail personnel .....

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation .....

Adresse du service d'affectation .....

.....

.....

Tel professionnel .... Mail professionnel .....

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☐ Titulaire Catégorie ☐ A ☐ B ☐ C

Corps : ..... Grade : .....

Quotité de travail : ..... %

Précisez les jours travaillés : .....

Métier / Fonction : ..... Date d'entrée sur le poste : .....

Activité habituelle :

☐ Bureau ☐ Atelier/terrain ☐ Enseignement

☐ Laboratoire ☐ Autre (à préciser) : .....

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : .... Heure de l'accident : ....

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

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

Lieu précis de l'accident : .....

.....

.....

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

- ☐ Lieu de travail habituel
- ☐ Lieu de travail occasionnel
- ☐ Lieu de restauration habituel
- ☐ Lieu de télétravail
- ☐ Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- ☐ Au cours d'une mission pour l'employeur
- ☐ Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
- ☐ Accident de circulation routière *(à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette ...)*

Activité de la victime lors de l'accident *(Environnement -bureau, escalier, route ....- et tâche exécutée)* :

.....

.....

.....

.....

Description et nature de l'accident *(ex : chute, agression, collision...)* :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objet dont le contact a blessé la victime : .....

.....

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
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 connu)* :

.....

.....

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

Pièces jointes ☐ Certificat médical (*obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail*)

☐ Témoignages écrits ☐ Rapport de police / de gendarmerie / des 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 en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)*

☐ Autres (à préciser) : .....

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

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

Nature des lésions médicalement constatées

☐ Plaie et blessure ☐ Fracture ☐ Luxation, entorse, foulure

☐ Amputation ☐ Commotion, traumatisme ☐ Brûlure, gelure

☐ Empoisonnement, infection ☐ Asphyxie, noyade ☐ Choc

☐ Effets de température, de lumière, de radiations ☐ Effets du bruit, des vibrations, de la pression ☐ Blessures multiples

☐ Autres (*à préciser*) : .....

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

.....

Je soussigné (prénom et nom) .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à : ..... Le (*date de déclaration*) : ....

Signature de l'agent
(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Indication du service liquidateur des prestations :

ANNEXE 1

RECTORAT
Service de gestion des pensions, affaires médicales et sociales
Bureau des accidents du travail
06181 NICE CEDEX 2

CERTIFICAT
DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e) _____

(grade et fonction du chef de service) certifie que M _____

a été victime d'un accident de service.

*M*_____*fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. En conséquence, les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à cet accident de service seront pris en charge par le Ministère de l'Education nationale dans les conditions prévues par l'article 34 du statut général des fonctionnaires de l'Etat et par la circulaire interministérielle n°1711, 34/CMS et B9 du 30 janvier 1989.*

Fait à_____, le_____.

Signature :

Il est précisé :

1°- que cette décision provisoire ne peut être prise que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service.

2°- que cette attestation ne lie pas la commission de réforme qui doit obligatoirement exprimer son avis sur l'imputabilité de l'accident au service, ni l'administration.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations

RECTORAT
Service de gestion des pensions, affaires médicales et sociales
Bureau des accidents du travail
06181 NICE CEDEX 2

2

Feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle
(volet à conserver par l'assuré)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement

Date des actes médicaux	PRESCR. 1 Lit 2 Chambre 3 Sortie autorisée 4 Pas arrêt de travail	Nature des actes médicaux	Délivrance du certificat médical	Délivrance d'ordonnance	Signature du médecin	Cachet du pharmacien	Montant de la facture

Vérifiez que votre adresse personnelle figurant sur ces documents est exacte et conforme à celle qui doit figurer sur la déclaration d'accident ; le cas échéant avisez votre employeur des modifications qu'il y aurait lieu d'y apporter.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations

RECTORAT
Service de gestion des pensions, affaires médicales et sociales
Bureau des accidents du travail
06181 NICE CEDEX 2

3

Relevé des honoraires médicaux
(volet à remettre au médecin)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

Le praticien soussigné déclare que, pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

Cachet du médecin

Fait à _____, le _____

Signature du praticien :

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

Date des actes médicaux	PRESCR. 1 Lit 2 Chambre 3 Sortie autorisée* 4 Pas arrêt de travail	Nature des actes médicaux	Délivrance du certificat médical	Délivrance d'ordonnance	Signature du médecin	Cachet du pharmacien	Montant de la facture

NOTES D'HONORAIRES

Date de l'acte médical	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coefficient	Ind. Kil. Nombre de km	Certificats médicaux	Décompte du médecin
				TOTAL.....	

Adressez votre note d'honoraires au service dont relève l'accidenté.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations

RECTORAT
Service de gestion des pensions, affaires médicales et sociales
Bureau des accidents du travail
06181 NICE CEDEX 2

3 bis

Relevé des honoraires médicaux
(volet à remettre au médecin)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

Le praticien soussigné déclare que, pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

Cachet du médecin

Fait à _____, le _____

Signature du praticien :

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

NOTES D'HONORAIRES

Date de l'acte médical	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coefficient	Ind. Kil. Nombre de km	Certificats médicaux	Décompte du médecin
				TOTAL.....	

Adressez votre note d'honoraires au service dont relève l'accidenté.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations

RECTORAT
Service de gestion des pensions, affaires médicales et sociales
Bureau des accidents du travail
06181 NICE CEDEX 2

Relevé de prescriptions pharmaceutiques
(volet à remettre au pharmacien)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement

CADRE RESERVE AU PHARMACIEN

Le pharmacien soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des fournitures pharmaceutiques prescrites médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été faites, et que, décomptées au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, elles s'élèvent à la somme globale de :

Cachet du pharmacien

Fait à _____, le _____

Signature du pharmacien :

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

RELEVE RECAPITULATIF

DES FOURNITURES PHARMACEUTIQUES

ORDONNANCE DU	EXECUTEE LE	MONTANT
	TOTAL.....	

Adressez votre facture
au service liquidateur des prestations.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations

RECTORAT
Service de gestion des pensions, affaires médicales et sociales
Bureau des accidents du travail
06181 NICE CEDEX 2

Relevé des honoraires de l'auxiliaire médical
(volet à remettre à l'auxiliaire médical)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement

CADRE RESERVE A L'AUXILIAIRE MEDICAL

L'auxiliaire médical soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des soins prescrits médicalement par les ordonnances et suivant accord ci-joint ont été donnés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

Cachet de l'auxiliaire médical

Fait à _____ , le _____

Signature de l'auxiliaire médical :

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

NOTES D'HONORAIRES

Date des soins	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coefficient	Ind. Kil. Nombre de km		Décompte de l'auxiliaire médical
				TOTAL.....	

Adressez votre note d'honoraires
au service liquidateur des prestations

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations

RECTORAT
Service de gestion des pensions, affaires médicales et sociales
Bureau des accidents du travail
06181 NICE CEDEX 2

Feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle
(volet à conserver par l'assuré)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT
DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

Date de la demande de nouvellement : _____

Signature de l'accidenté :

La demande de renouvellement de la feuille d'accident doit être adressée ou remise par l'assuré à l'organisme débiteur des prestations.

Cette demande de renouvellement permet à l'accidenté d'obtenir une nouvelle feuille soit parce que celle-ci a été entièrement utilisée, soit parce que le blessé est dans l'obligation de consulter un autre praticien.

Dans le premier cas la feuille d'accident entièrement utilisée doit être remise à l'organisme débiteur des prestations en même temps que la demande.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (code de la sécurité sociale, article L 432-3)