DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Au service de santé au travail CDG09 :

Pour les agents titulaires ou stagiaire vous pouvez envoyer le scan du formulaire CITIS complété à [preventeur@cdg09.fr](mailto:preventeur@cdg09.fr)

Pour les agents IRCANTEC : merci de compléter ce formulaire et de le renvoyer au SSST à [preventeur@cdg09.fr](mailto:secretariat.prevention@cdg09.fr)

## Si l’accident entraine un arrêt de travail, la victime doit transmettre son 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***

**Conséquences 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 la victime a une perte auditive aiguë, ou un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si 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

**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  IRCANTEC |  | 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) : | | …………………………………………………………………………… | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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)* :  Période d’arrêts : | | | ……………………………………………………………………….  du ………………………au …………………… |
| **Lieu précis de l’accident :** | …………………………………………………………………………………………………………… | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| **Préciser s’il s’agit :** *(plusieurs réponses possibles)* | | | |
| * Lieu de travail habituel |  | * Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail | |
| * Lieu de travail occasionnel | | * Au cours d’une mission pour l’employeur | |
| * Lieu de restauration   habituel |  | * Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le   lieu de travail | |
| * Lieu de télétravail |  |  |  |
| * 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 : …………………………………………………………………………………….. | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 que la collectivité souhaite transmettre au SSST** ☐ Certificat médical | |
| * 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) : ……………………………………………………………*  …………………………………………………………………..…………………………………………………………………………. | | |