

FORMULAIRE DE DÉCLARATION

ACCIDENT DE SERVICE ACCIDENT DE TRAJET (FONCTIONNAIRE CNRACL)

Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines

N'oubliez pas de joindre un certificat médical

Collectivité employeur (à remplir par la collectivité)

Nom :

Adresse :

.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la déclaration :

.....

Téléphone :

Adresse mail :

Etat civil de l'agent concerné

Nom et prénom de l'agent :

Adresse :

.....

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale :

Situation administrative

Fonctionnaire : Stagiaire Titulaire

Durée de travail hebdomadaire :

Temps complet Temps non complet : (précisez la durée hebdomadaire)

Grade :

Service :

Intitulé du poste occupé :

Fonctions exercées (dans votre poste actuel) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires de travail habituel :

Lieu de l'accident (*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 du trajet entre le lieu de restauration et le lieu de travail
- Lieu de restauration habituel Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de télétravail Accident de la circulation routière
- Autre (à préciser) :

En cas d'accident de trajet, le trajet a-t-il fait l'objet d'un détour pour nécessité de la vie courante ?

oui non

Si oui, décrivez la raison du détour (*achat de pain, déposer ou récupérer les enfants à la garderie, nourrice, école...*)

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

Activité exercée lors de l'accident (*les circonstances 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 s'est produit l'accident ou la blessure : chute, agression, que s'est-il passé exactement lors de l'accident ?*)

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

L'accident a-t-il été causé par un ou des tiers ? oui non

Si oui : précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des tiers responsables

.....

.....

.....

.....

Y-a-il eu des témoins de l'accident ? oui non

Si oui : précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des témoins

.....

.....

.....

.....

Le siège des lésions (à indiquer par une croix sur le schéma)

.....

.....

.....

| | | | | |
|---|---------------------------------|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête | | | <input type="checkbox"/> Face (yeux, nez, bouche, oreille, ouïe...) | |
| <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> droite | | <input type="checkbox"/> Cou, dos et colonne vertébrale | |
| | <input type="checkbox"/> gauche | | <input type="checkbox"/> Epaule | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> droite | | | <input type="checkbox"/> gauche |
| | <input type="checkbox"/> gauche | | <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> droite | | | <input type="checkbox"/> gauche |
| | <input type="checkbox"/> gauche | | <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Thorax (1) | | | | <input type="checkbox"/> gauche |
| <input type="checkbox"/> Abdomen (2) | | | <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Bassin / hanche / cuisse / fesse (3) | | | | <input type="checkbox"/> gauche |
| <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> droite | | <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> droite |
| | <input type="checkbox"/> gauche | | | <input type="checkbox"/> gauche |
| <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> droite | | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> droite |
| | <input type="checkbox"/> gauche | | | <input type="checkbox"/> gauche |

La nature des lésions (fracture, hématome, plaie, brûlure...) :

.....

.....

.....

Etes-vous ? : ambidextre droitier gaucher

Est-ce votre 1^{er} accident de service ou de trajet survenu dans votre carrière ? oui non

Si non, complétez le tableau ci-dessous :

| Date de l'accident | Employeur ayant reconnu l'accident |
|--------------------|------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

En cas de rechute d'un accident déjà reconnu imputable au service

Date de survenance de l'accident initial :

Date de la rechute :

Employeur ayant reconnu l'accident initial :

.....

Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'un accident de service ou de trajet

- certificat médical d'accident du travail décrivant la nature et le siège des lésions (*obligatoire*)
- ordre de mission (*s'il y a lieu*)
- rapport de police (*s'il y a lieu*)
- témoignages (*s'il y en a*)
- documents joints comportant des informations à caractère médical sous enveloppe cachetée indiquant « *pli confidentiel – secret médical* »
- autres documents (*à lister ci-dessous*) :

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

Je soussigné(e)

Nom Prénom

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à

Le

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