MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE

ACADÉMIE DE _____
Adresse : _____
Service liquidateur des prestations : _____

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DU TRAVAIL - PERSONNEL

A remplir par l'établissement d'exercice des fonctions à l'exclusion des zones grisées :
Cette déclaration doit être adressée, immédiatement après l'accident, en trois exemplaires, au service concerné, accompagnée des rapports des témoins et du certificat médical initial constatant les lésions corporelles.

2 8					
Code état	Exercice	Ordonnateur	Département	Serv. gestionnaire	Numéro du dossier

Le numéro de dossier est attribué par l'I.A.

PRISE EN COMPTE DE L'ÉTAT [1] MODIFICATION DES INFORMATIONS [2] ANNULATION [3]

Ministère | Chapitre | Article | Paragraphe | L | S/L | CF

Établissement déclarant l'accident _____ Numéro national | Section | Lieu (1) | Nature des lésions (1) | Tiers (3) [1] | Date de l'accident

VICTIME 0 0 2 _____ Numéro de sécurité sociale [1] M [2] Mme [3] Mlle _____ Date de naissance

NOM de jeune fille (éventuellement) _____

_____ **Nom et prénom** (une lettre par case, une case vide entre le nom et le prénom)

QUALITÉ DE LA VICTIME (1) et (2) : PERSONNEL TITULAIRE [1] PERSONNEL NON TITULAIRE [2]

ADRESSE DE LA VICTIME : _____

Corps de fonctionnaire auquel appartient l'agent : _____
Fonctions exercées : _____
Autres renseignements : _____

ACCIDENT : Date et heure de l'accident : _____ (préciser le jour de la semaine) _____ à ___ h ___ mn
J M A — De 0 à 24 heures

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de _____ h à _____ h et de _____ h à _____ h
Lieu de l'accident : _____
Siège et nature des lésions (2) : _____
(en précisant, s'il y a lieu, le côté droit ou gauche)

Circonstances détaillées de l'accident : _____

Lieu où a été transporté la victime : _____

Suite probable (3) : SANS ARRÊT DE TRAVAIL [ ] AVEC ARRÊT DE TRAVAIL SUPÉRIEUR A 24 HEURES [ ] DÉCÈS IMMÉDIAT [ ]

TÉMOINS

NOM, prénom et adresses : _____

NOM, prénom et adresses : _____

Y a-t-il eu un rapport de police ? OUI [ ] NON [ ]

Établi par qui ? : _____

ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

OUI [ ] NON [ ]

Si OUI, avez-vous demandé une indemnité à un tribunal ou à une compagnie d'assurances ? OUI [ ] NON [ ]

NOM et adresse du tiers : _____

Compagnie d'assurances du tiers (nom et adresse) : _____

A _____, le _____
Nom et qualité du chef de service ou d'établissement déclarant l'accident

Signature et cachet

(1) Voir au verso
(2) Cocher la case correspondante
(3) Cocher la case en cas d'accident causé par un tiers