

ANNEXE 3

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes concerné par ce formulaire si vous êtes agent titulaire ou stagiaire de l'Etat, agent contractuel de droit public affecté à temps complet et sur une durée égale ou supérieure à un an et dans l'enseignement privé, si vous êtes maître à titre définitif et provisoire de l'enseignement privé ou délégué auxiliaire sur un contrat d'association à temps complet et sur une durée égale ou supérieure à un an.

Ce formulaire est à transmettre au service des accidents du travail (DRAT2) du rectorat dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident ou de la date de la 1^{ère} constatation médicale. Il devra impérativement être accompagné par 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.

Les documents sont à transmettre sous couvert de votre supérieur hiérarchique à l'exception du certificat médical initial original délivré par le médecin dont les volets 1 et 2 sont à transmettre à la DRAT2 sous pli confidentiel par la voie postale, le volet 3 est à conserver par vos soins, le volet 4 qui est « muet » sur la constatation de lésion(s) est destiné à votre établissement d'affectation.



Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre le certificat médical initial dans le délai de 48H suivant son établissement, les prolongations éventuelles sont à transmettre dans les mêmes délais



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse personnelle :
.....

Code postal : Ville :

Adresse mail (professionnelle uniquement) : @ac-rennes.fr

Nom et adresse établissement ou service d'affectation :
.....
.....

Code postal : Ville :

Mail établissement :@ac-rennes.fr Tél. :
(ou pour les PE du public, mail de l'IEN de circonscription)

Statut de l'établissement : ☐ Public ☐ Privé

Statut agent : Depuis le :
(Rappel : pour les personnels contractuels, la déclaration n'est à remplir que si le contrat de travail est d'une durée d'un an et à temps complet)

Catégorie : Corps : Discipline :

Type d'établissement : ☐ Préélémentaire ☐ Élémentaire ☐ Collège ☐ Lycée
☐ Lycée professionnel ☐ Autre (préciser) :

Date de nomination (dans l'établissement) : Quotité de service %

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE OU LES TEMOINS

Je soussigné(e) : Fonction :

Demeurant (adresse complète et n° de téléphone) :
.....
.....

Déclare avoir été témoin de l'accident dont a été victime M. Mme :

Le (jour, date, heure) A

J'ai été directement témoin des circonstances suivantes :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lieu et date signature témoin

Signature témoin

A..... le

ou

EN L'ABSENCE DE TEMOIN : faire remplir par la première personne ayant recueilli le signalement de votre accident dans l'établissement ou le service les rubriques ci-après.

Je soussigné(e) : Fonction :

Demeurant (adresse complète et n° de téléphone)
.....

Déclare avoir été informé(e) de l'accident par la victime, le (jour, date, heure) :
à :

Observations éventuelles :
.....

Lieu et date signature de la 1^{ère} personne prévenue

Signature

En cas d'absence de signalement de l'accident au-delà de 24 heures à l'établissement d'affectation en préciser la raison :

RENSEIGNEMENTS SUR D'EVENTUELS ACCIDENTS DU TRAVAIL/MALADIES PROFESSIONNELLES ANTERIEURS

Dans l'affirmative renseigner les rubriques suivantes :

	1 ^{er} accident	2 ^{ème} accident	3 ^{ème} accident
Date			
Siège des lésions			
Guérison/Séquelles taux d'IPP			
Etablissement d'affectation lors de l'accident			

RENSEIGNEMENTS EN CAS D'ACCIDENT DE TRAJET : joindre obligatoirement la copie d'une carte routière ou d'un plan (type mappy par ex.) indiquant le trajet habituellement suivi et celui du jour de l'accident. Le plan doit matérialiser le lieu du domicile, le lieu de travail, le trajet emprunté et le lieu de l'accident.

Accident survenu sur le trajet : ☐ domicile/travail ☐ travail/domicile

Accident survenu sur le trajet habituel : ☐ oui ☐ non (préciser la raison) :

.....

Heure de départ habituelle :

.....

Heure d'arrivée habituelle :

.....

Heure départ du jour de l'accident :

.....

Heure d'arrivée du jour de l'accident :

.....

Avez-vous effectué un détour ou avez-vous interrompu votre trajet (en dehors de l'accident), si oui pour quel motif :

.....

LE DECLARANT

Je soussigné(e),

.....

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

Fait à :

.....

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

Le (date de déclaration) :

LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Rapport d'enquête (il s'agit de relater de manière extérieure les circonstances de survenue de l'accident) :

.....

Réserve(s) envisagée(s) sur l'accident ☐ Oui ☐ Non

En cas de réserve(s) sur l'accident, le supérieur hiérarchique doit établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments et la joindre au dossier.

A

Nom prénom, qualité, timbre et signature du supérieur
hiérarchique

Le

Rappel : si l'accident s'est produit dans l'établissement, a-t-il été porté sur le registre hygiène et sécurité ? ☐ Oui ☐ Non

LISTE DES PIÈCES OU ÉLÉMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Tout dossier incomplet, mal renseigné ou dont le modèle est ancien sera retourné.

L'agent doit assurer la production des documents nécessaires à la constitution du dossier.

Préalable : Le Certificat de prise en charge devra être complété et remis à la victime par le supérieur hiérarchique accompagné des bordereaux de transmission des factures à remettre aux professionnels de santé.

Ce certificat permet de ne pas avancer les frais liés à l'accident.

I) ACCIDENT INITIAL

- L'imprimé déclaration complété par l'agent, daté et signé par la victime et le supérieur hiérarchique.
- L'original du certificat médical initial (volets 1 et 2) imprimé «Accident du Travail» CERFA n°11138* comprenant le descriptif des lésions (Cerfa remis par un médecin) et la durée prévisible des soins.
En cas d'arrêt de travail, transmettre également l'imprimé «avis d'arrêt de travail» CERFA n° 10170*07
- L'emploi du temps pour les enseignants visés par le supérieur hiérarchique (signature + timbre), inutile dans le cas d'un accident de mission (cf. infra)
Ou une attestation visée par le supérieur hiérarchique (signature + timbre) pour les personnels non enseignants
- Uniquement pour les personnels contractuels du public et les personnels de l'enseignement privé, joindre une copie du contrat de travail.

Vous devez fournir des pièces complémentaires en cas de :

a) Accident de trajet

- Une copie de la carte routière ou d'un plan de ville sur lequel seront reportés, selon le cas : le domicile, le lieu de travail, le lieu habituel des repas et le lieu de l'accident, ainsi que le trajet habituel et celui suivi le jour de l'accident, s'il est différent.
L'itinéraire emprunté doit être tracé sur la carte ou le plan joint.
- La copie du constat amiable, le cas échéant.
- La copie du P.V. de police, de gendarmerie, le cas échéant : une copie du P.V. peut être obtenue directement par l'agent auprès de son assurance (cf article 13 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985).
- Une attestation sur papier libre du tiers en cas d'accident si absence de constat amiable ou de PV de police ou gendarmerie seulement si un tiers est impliqué dans l'accident.

b) Accident de mission

- L'ordre de mission, convocation ou justificatif du supérieur hiérarchique spécifiant le lieu, la date, les horaires et l'objet précis et détaillé de l'activité de service hors du lieu de travail habituel. Pour une formation, la feuille d'émargement peut être produite.

II) SUITES DE L'ACCIDENT (valable pour tout type d'accident)

Certificats médicaux à fournir par la victime :

- Original du certificat médical de prolongation d'arrêt de travail de date à date (original des volets 1 et 2) comprenant le descriptif des lésions, à fournir sans interruption même pendant les vacances scolaires.
- Original du certificat médical de reprise d'activité (original des volets 1 et 2) obligatoire dans le cadre d'un accident de service / travail.
- Original du certificat médical final de guérison ou de consolidation (original des volets 1 et 2) pour clore le dossier.

FICHE ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Cette fiche est destinée à l'administration afin que cette dernière puisse le cas échéant recouvrer ses propres dépenses auprès des assurances : frais directement liés à l'accident, salaires versés pour des arrêts de travail consécutifs à l'accident dès lors que l'accident implique un tiers responsable. Cette fiche étant utilisée dans une procédure distincte, il vous est donc demandé de renseigner à nouveau certaines données.

Accident :

Date de l'accident (en précisant le jour de la semaine) : Heure :

Type d'accident :

Nom de l'établissement ou du service et adresse précise :

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

Renseignements concernant le déclarant :

Nom de naissance.....

Nom d'usage.....

Prénoms.....

Date de naissance.....

Numéro INSEE.....

Adresse de la victime :

.....
.....

En cas d'accident de trajet, nom et adresse de la compagnie d'assurance de l'agent :

.....
.....

N° de contrat de l'assurance de l'agent victime de l'agent.....

Un procès-verbal de police a-t-il été établi ? :

☐ Oui ☐ Non

L'agent a-t-il porté plainte ou déposé une main courante ? :

☐ Oui ☐ Non

(Dans l'affirmative, joindre une photocopie du dépôt de plainte ou de la main courante)

Renseignements concernant le tiers responsable :

Nom et prénom du tiers.....

Et/ou nom et prénom du représentant légal.....

Adresse du tiers

.....

Le tiers responsable est-il assuré ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom et adresse de compagnie d'assurance du tiers responsable (**assurance responsabilité civile**):

.....

N° de contrat de l'assurance du tiers responsable

Le déclarant, je soussigné(e), (nom et prénom)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Signature du déclarant

A le