**FORMULAIRE DE DECLARATION**

❑ **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*

**Etat civil de la victime**

Nom et prénom de l’agent : …..……………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tél :………………………….…………………………. Email……………………………………………………………………………

Numéro de Sécurité sociale : …………………………………………………………………………………………………..…

**Situation administrative**

Fonctionnaire : ❑ titulaire ❑ stagiaire

Durée hebdomadaire :

❑ Temps complet ❑ Temps non complet ………….. *(précisez la durée hebdomadaire)*

Grade : ……………………………………………………

Service d’affectation : ………………………………………………………………………………..…………………………………….

Poste : …………………………………………………………………..…………………………………..…………………………………….

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Collectivité employeur**  (à remplir par la collectivité)

Nom :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………

Tél…………………………………………………………. Email……………………………………………………………………………

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

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT**

Date de l’accident : ……………………………………….. Heure de survenance de l’accident : …..…………………

Horaires de travail le jour de l’accident

Matin de ………….. à ……………….

Après-midi de ……………. à …………….

Lieu de l’accident (décrivez précisément le lieu où s’est produit l’accident): …………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………..

Précisez s’il s’agit :

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ lieu de travail habituel   | ❑ Au cours du trajet aller/retour entre la résidence habituelle et le lieu de travail |
| ❑ lieu de travail occasionnel (ex : travail sur plusieurs sites) |  |
| ❑ lieu de restauration habituel | ❑ Au cours du trajet aller/retour entre le lieu de prise habituelle des repas et le lieu de travail |
| ❑ lieu de télétravail |  |
| ❑ autre : (formation..)………………………………….. | ❑ lors d’un déplacement pour le compte de la collectivité (mission, tournée…) |

**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** (*décrire l’évènement 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-il-été causé par un ou des tiers ? ❑ Oui ❑ Non**

Si Oui (*si connu précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des tiers responsables*)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Y-a-t-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)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ Tête | ①②③③ | ❑ Face (yeux, nez, bouche, oreille, ouie…) |
| ❑ Main | ❑ Droite | ❑ Cou, dos et colonne vertébrale |
| ❑ Gauche | ❑ Epaule | ❑ Droite |
| ❑ Poignet | ❑ Droit | ❑ Gauche |
| ❑ Gauche | ❑ Bras | ❑ Droit |
| ❑ Coude | ❑ Droit | ❑ Gauche |
| ❑ Gauche | ❑ Avant-bras | ❑ Droit |
| ❑ Thorax (1) | ❑ Gauche |
| ❑ Abdomen (2) | ❑ Cuisse | ❑ Droite |
| ❑ Bassin / hanche/ cuisse / fesses (3) | ❑ Gauche |
| ❑ Jambe | ❑ Droite | ❑ Genou | ❑ Droit |
| ❑ Gauche | ❑ Gauche |
| ❑ Cheville | ❑ Droite | ❑ Pied | ❑ Droit |
| ❑ Gauche | ❑ Gauche |

**Est-ce votre 1er accident de service ou de trajet survenu dans votre carrière ? ❑ Oui ❑ Non**

si Non (*précisez la date de chaque accident et l’employeur*)

* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**En cas de rechute d’un accident déjà reconnu imputable au service**  (à remplir le cas échéant)

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**

❑ certificat médical d’accident du travail (obligatoire) ❑ bulletin d’hospitalisation

❑ ordre de mission *(s’il y a lieu)*

❑ rapport de police *(s’il y a lieu)*

❑ témoignages

❑ pli confidentiel – secret médical *(documents joints comportant des informations à caractère médical sous enveloppe cachetée indiquant « pli confidentiel - secret médical* »)

❑ Autres documents médicaux (copie des ordonnances) ou tout autre document médical en lien avec l’accident, à lister : ………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Je soussigné(e) (nom, prénom)……………………………………………………………………………………………*

*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)*