



DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

COLLECTIVITE LOCALE



COLLECTIVITE

Raison sociale _____	Ville _____	CP
Contact _____	Tél. _____	Email _____

AGENT

Nom _____	N°S.S	Date d'entrée en fonction ____ / ____ / ____
Prénom _____	Date de naissance	Grade _____
Nombre d'enfants à charge _____	Métier _____	Catégorie A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Service _____		<input type="checkbox"/> Agents affiliés à l'IRCANTEC
<input type="checkbox"/> Agents affiliés à la CNRACL		<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Non Titulaire
<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire		<input type="checkbox"/> +200h/trimestre * <input type="checkbox"/> -200h/trimestre *
<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel ____ %		<small>* tous employeurs confondus</small>
<input type="checkbox"/> Temps non complet _____ heures / mois		

PERIODES D'ARRÊTS DE TRAVAIL

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? Oui Non

Arrêt de travail du * ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ Reprise d'activité le ____ / ____ / ____

* joindre certificats médicaux et bulletins de salaires pour périodes concernées

DESCRIPTIF DE L'ÉVÉNEMENT

Date de survenance : ____ / ____ / ____ Heure : ____ h	<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle
<input type="checkbox"/> Accident de service	<input type="checkbox"/> maladie contractée en service <input type="checkbox"/> maladie à caractère professionnel
Horaires de travail le jour de l'accident :	Date de reconnaissance de la MP ____ / ____ / ____
De ____ h ____ à ____ h ____ et De ____ h ____ à ____ h ____	Détaillez les Facteurs à l'origine de la maladie (travaux, substances, produits, gestes, postures, matériel, etc...)
<input type="checkbox"/> Habituels <input type="checkbox"/> Exceptionnels	_____
<input type="checkbox"/> Accident de trajet *	_____
<input type="checkbox"/> Aller <input type="checkbox"/> Retour <input type="checkbox"/> Habituels <input type="checkbox"/> Détourné ou interrompu	_____
Si oui, pour quel motif ? : _____	_____
<small>* joindre documents associés : constat, schéma, rapports</small>	Durée d'exposition : _____

TEMOIN(S) *

Nom _____	Prénom _____	Coordonnées _____
Nom _____	Prénom _____	Coordonnées _____

Rapport / témoignage écrit : Oui Non

* joindre documents associés

TIERS *

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non

Nom du tiers responsable _____ Assureur _____ Police _____ Rapport de police Oui Non

* joindre documents associés

CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT * (Tâche, matériel, environnement de travail,...)

* joindre documents associés

L'accident a-t-il donné lieu à un rapport hiérarchique ? Oui Non

L'accident a-t-il déclenché une analyse par un acteur de la prévention? Oui Non

MESURES CORRECTIVES ET/OU PREVENTIVES MISES EN ŒUVRE SUITE A L'ANALYSE DE L'ACCIDENT

Mesures existantes	Mesures correctives	Mesures préventives

CODIFICATION (Entourer la codification appropriée dans les tables de références)

FILIERE DE L'AGENT	
A	Administrative
T	Technique
C	Culturelle
S	Sportive
M	Sociale
O	Médico Sociale
E	Médico Technique
P	Sécurité
R	Incendie et Secours
N	Animation

Une seule codification doit être entourée par table.

CIRCONSTANCES	
A	Véhicule
B	Déplacement
C	Manipulation

Latéralité agent : Gaucher Droitier Lésions : Gauche Droite

ÉLÉMENT MA TÉRIEL	
A	Chute ou glissade de plain pied
B	Chute ou glissade avec dénivellation
C	Effort de soulèvement / faux mouvement / manipulation de charge
D	Outils à main / machine / appareil
E	Objet ou masse en mouvement
F	Véhicule et engin en mouvement
G	Contact / Projection sang-urine-produits biologiques ou toxiques
H	Agression, morsure, violence
I	Rayonnement, radiation
J	Gaz ou liquide ou vapeur sous pression
K	Incendie, explosion
L	Electricité
M	Manipulation outils / instruments coupants - piquants - tranchants
N	Pas d'élément matériel
O	Autres

LIEU COLLECTIVITE LOCALE	
A	Locaux techniques
B	Restauration
C	Parties communes
D	Voies et lieux publics
E	Locaux administratifs
F	Complexe sportifs
G	Domicile d'un tiers
H	Cimetière
I	École-Crèches-Centre de loisirs
J	Bâtiment annexe
K	Parcs-Jardins-Espaces verts-Forêts
L	Déchetterie

SIÈGE DES LÉSIONS	
1	Région crânienne
2	Face (sauf nez et bouche)
3	Nez
4	Bouche (sauf dent)
5	Dents
6	Appareil auditif
7	Cou (sauf vertèbres cervicales)
8	Yeux
9	Epaule
10	Bras
11	Coude
12	Avant-bras
13	Poignet
14	Main : index et/ou pouce
15	Main : paume et dos
16	Main : autres doigts
17	Dos (sauf colonne vertébrale)
18	Région lombaire (sauf colonne vertébrale)
19	Colonne vertébrale : cervicales
20	Colonne vertébrale : dorsolombaire
21	Colonne vertébrale : sacrococcygien
22	Bassin
23	Abdomen
24	Thorax
25	Organes génitaux
26	Hanche
27	Cuisse
28	Genou
29	Jambe
30	Cheville
31	Pied : Orteils
32	Pied : Plante et dessus
33	Pied : Talon
34	Sièges multiples
35	Autres

TACHE EXERCEE LORS DE L'ACCIDENT	
A	Travail administratif
B	Restauration collective
C	Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel
D	Formation / Mission
E	Entretien des espaces verts
F	Voie / Chantier
G	Collecte et traitement des ordures ménagères
H	Traitement des eaux / assainissement / électricité
I	Circulation (locaux / voie publique)
J	Accueil-Surveillance-Contrôle
K	Activité funéraire
L	Incendie / secours et autre intervention
M	Activité physique et sportive
N	Animation / enfance
O	Transport de personnes ou marchandises
P	Interventions spécialisées
Q	Manœuvres/Exercices
R	Opérations diverses-Protection des biens
S	Autre tâche

NATURE DES LÉSIONS	
A	Contusion, hématome
B	Plaie
C	Piqûre
D	Entorse, luxation
E	Lumbago
F	Sciaticque, hernie discale, tassement vertébrale
G	Lésion musculaire, tendineuse
H	Réaction allergique ou inflammatoire, muqueuse ou cutanée
I	Fracture, fêlure
J	Lésion nerveuse ou neurologique
K	Lésion interne
L	Présence de corps étranger
M	Brûlure, gelure
N	Ecrasement, amputation
O	Intoxication / contamination
P	Asphyxie, noyade
Q	Lésions multiples
R	Malaise avec ou sans perte de connaissance
S	Troubles psychologiques
T	Troubles sensoriels
U	Tendinite, arthrite
V	Autres natures de lésions

RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE DE L'ACCIDENT (décret n°2008-1191 du 17/11/2008)

<p>En attente de décision <input type="checkbox"/></p> <p>Imputable au service : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>L'agent Fait à _____ Le ____ / ____ / ____</p> <p>Signature :</p>	<p>Observations de la hiérarchie</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>L'autorité territoriale Fait à _____ Le ____ / ____ / ____</p> <p>Signature :</p>
---	---