En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, il convient d’adresser par tout moyen à l’autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l’établissement public une déclaration d’accident de service ou de trajet dans un délai :

**De 15 jours à compter de la date de l’accident**

**De 15 jours à compter de la date de l’établissement du certificat médical lorsque celui-ci est établi dans le délai de 2 ans à compter de la date de l’accident.**

La déclaration doit comporter :

* Le présent formulaire précisant les circonstances de l’accident ;
* 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.

Si l’accident entraine un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l’autorité territoriale dans un délai de 48h suivant son établissement.

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de la collectivité/établissement public.**

**Ne pas oublier de joindre un certificat médical.**

**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE OU D’ACCIDENT DE TRAJET**

**INFORMATIONS RELATIVES A LA VICTIME**

|  |
| --- |
| **Informations personnelles**  Nom de naissance :…………………………………………. Nom d’usage :…………………………………………………  Prénom :…………………………………………………  Date de naissance :……………………………..  Adresse personnelle :…………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone personnel :……………………………………….  Mail personnel :……………………………………………………………………. |
| **Coordonnées administratives**  Nom de la collectivité ou établissement public : …………………………………………………………………………………….  Nom du service: …………………………………………………………………………………………………  Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone professionnel :……………………………………………………….  Mail professionnel :…………………………………………………………………………… |
| **Statut et catégorie de l’agent**  Stagiaire Titulaire  A B C  Cadre d’emploi:…………………………………………………….  Grade :………………………………………………………………..  DHS : …….. Temps non complet Temps partiel Si temps partiel, quotité : …..%  Précisez les jours travaillés : …………………………………………………………………………………………………  Métier/fonctions : …………………………………………………………………….  Activité habituelle : Terrain Bureau Atelier Autre:……………………………………………………….  Lieu d’exercice des fonctions :…………………………………………………………………………………………………………. |

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de la collectivité/établissement public.**

**Ne pas oublier de joindre un certificat médical.**

**INFORMATIONS RELATIVES A L’ACCIDENT**

|  |
| --- |
| Date de l’accident :……………………………………………………..  Heure de l’accident :………………………………………  Horaires de travail le jour de l’accident :………………………………………………  Horaires habituels *(si différents des horaires du jour de l’accident, expliquer)* : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Lieu précis de l’accident *(coordonnées et localisation au sein de l’espace de travail, si l’accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d’exercice des fonctions : nom et adresse de l’établissement ou éléments de localisation)* :  .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Préciser s’il s’agit *(plusieurs réponses possibles)* :   * Lieu de travail habituel * Lieu de travail occasionnel *(ex : lieu de formation)* * Lieu de restauration habituel * Lieu de télétravail * Accident de la circulation routière *(à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette,…)* * Au cours du trajet domicile/lieu de travail * Au cours d’une mission pour l’employeur *(ex : réunion extérieure, ou dans le cadre d’un ordre de mission)* * Au cours du trajet lieu de restauration habituel/lieu de travail   Activité de la victime lors de l’accident *(tâche exécutée au moment de l’accident)*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Description de la nature de l’accident *(ex : chute, agression,…)* : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Objet dont le contact a blessé la victime *(ex : matériau, outil, véhicule,...)*: ………………………………………………………………………………………… |
| Témoins : Oui Non *(si non, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l’accident)*  Nom/prénom/qualité *(adresse si extérieur à l’administration)* : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Accident causé par un tiers : Oui Non  Nom, prénom, adresse du tiers *(si connu)* : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Société d’assurance du tiers *(si connu)* : ……………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Avis du supérieur hiérarchique**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Pièces jointes**   * Certificat médical *(obligatoire même sans prescription d’arrêt de travail)* * Témoignages écrits * Rapport de police/gendarmerie/pompiers * Dépôt de plainte * Constat amiable * Ordre de mission * Bulletin d’hospitalisation * Plans *(pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l’itinéraire emprunté, préciser le lieu de départ et d’arrivée, le parcours habituel s’il est différent de l’endroit où l’accident s’est produit)* * Autres *(à préciser)* : ……………………………………………………………………………………………………………….. | |

Je soussigné *(prénom/nom)* :

Certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le *(date de déclaration)*:

Signature de l’agent ou de son représentant s’il y a lieu :