

Personnels concernés : Personnels BIATSS, personnels enseignants, enseignants chercheurs, titulaires, stagiaires, contractuels.

Formulaire à transmettre: DGDRH – Direction de l'environnement social – Mission Santé et qualité de vie professionnelle – Gestion des accidents de service et maladie professionnelle

DATE DE L'ACCIDENT : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

<input type="checkbox"/> Accident sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/> Accident de trajet	<input type="checkbox"/> Accident en mission
--	---	--

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

M. Mme Melle

Nom de naissance : Nom d'épouse :

Prénoms :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Séparé(e) divorcé(e) Veuf (ve)

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle :

Code postal : |_|_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : @

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

Stagiaire Titulaire Contractuel A B C

CORPS, DISCIPLINE, FONCTION (en toutes lettres) :

.....
.....

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|_| Ville :

Adresse électronique professionnelle : @

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Heure de l'accident : |_| h |_|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
Deh..... àh.....	Deh..... àh.....	Deh..... àh.....
Deh..... àh.....	Deh..... àh.....	Deh..... àh.....

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

.....

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, ... ; tâche exécutée, geste effectué) :

.....

PRECISIONS POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? OUI NON

- heure de départ du domicile : |_| h |_|
- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |_| h |_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? OUI NON

- heure de départ du lieu de travail : |_| h |_|
- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |_| h |_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? OUI NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés sur effectuer le trajet ?

Combien de temps dure le trajet : |_| h |_|

Si le trajet a été détourné, motifs :

Si le trajet a été interrompu, motifs :

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet : AVANT APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ?

SIL'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers :

Adresse :

Nom et adresse de l'assurance du tiers :

.....N° de police :

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ? OUI NON

Joindre OBLIGATOIREMENT une copie du procès-verbal ou du constat amiable

NATURE DE L'ACCIDENT :

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> chute d'objet | <input type="checkbox"/> manutention | <input type="checkbox"/> heurt (meuble, ...) |
| <input type="checkbox"/> projection | <input type="checkbox"/> explosion | <input type="checkbox"/> agression | <input type="checkbox"/> contact |
| <input type="checkbox"/> glissade | <input type="checkbox"/> exposition, rayonnement | <input type="checkbox"/> accident de la voie publique | |
| <input type="checkbox"/> autre : | | | |

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc....) :

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :

Joindre OBLIGATOIREMENT un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 48 heures qui ont suivi l'accident.

- sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès immédiat

SIEGE DES LESIONS (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale ; à partir de 3 lésions, cocher en plus « lésions multiples ») :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tête | <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Yeux | <input type="checkbox"/> Dents |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur :
Sauf main ; épaule, bras,
coude, avant-bras, poignet | <input type="checkbox"/> Membre inférieur :
Sauf pied ; hanche, cuisse,
genou, jambe, cheville | <input type="checkbox"/> Tronc :
Cou, colonne vertébrale,
thorax, bassin, abdomen | <input type="checkbox"/> Sièges internes |
| <input type="checkbox"/> Main :
Pouce, autre doigt | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> Lésions multiples | <input type="checkbox"/> Autres lésions :
.....
..... |

<NATURE DES LESIONS (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermite | <input type="checkbox"/> gelure | <input type="checkbox"/> luxation |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> hernie | <input type="checkbox"/> noyade |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> inflammation | <input type="checkbox"/> piqûre d'insectes |
| <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> eczéma | <input type="checkbox"/> intoxication | <input type="checkbox"/> piqûre de végétaux |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> électrisation/électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire/musculaire | <input type="checkbox"/> piqûre de serpent |
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> lésion psychologique | <input type="checkbox"/> piqûre septique |
| <input type="checkbox"/> contusion | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif | <input type="checkbox"/> lésion neurologique | <input type="checkbox"/> plaie |
| <input type="checkbox"/> corps étranger | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> plaie par outils |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | |

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? (remplir OBLIGATOIREMENT l'une des deux rubriques)

OUI

Faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonction et adresse(s) :

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

Date : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Signature du/des témoins :

NON

S'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

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

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Signature :

DECLARATION D'UN ACCIDENT DE SERVICE

A remplir en un exemplaire
Retourner l'original à la DES

Formulaire

Macro processus

Nom : Accident de service

Nom du fichier : *formulaire uga-intra-md-drh-DES- déclaration AT/Tit-V2018*

Dernière mise à jour : 12/02/2018

Page 5 sur 5

L'agent a-t-il été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? OUI NON

Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement /service/UFR d'affectation lors de l'accident			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent)

sollicite le bénéfice des dispositions :

pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34, alinéa 2),

pour les contractuels : du décret 86-83 du 17 janvier 1986 modifié (article 14)

Fait à

le |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Signature de l'agent

Fait à

le |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nom, signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments