

# Déclaration d'accident de service (AS)

## 1. Renseignements administratifs concernant la victime

### Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement : .....

Adresse : .....

Dossier suivi par : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

### Renseignements concernant la victime

Nom de naissance : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

Nom d'usage (si différent) : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

### Statut et activités de la victime

Stagiaire       Titulaire      Catégorie  A  B  C

Filière : ..... Grade : .....

Temps complet       Temps non complet > 28h       Temps Partiel : .....%

Métier / Fonction : .....

Date d'entrée dans la collectivité : .....

Activité habituelle :

Administratif       Technique/Entretien/Atelier/Collecte...       Petite Enfance

Personnel de soins       Cuisine       Autre : .....

## 2. Renseignements concernant l'accident (à remplir par la victime)

### Circonstances de temps et de lieu

Date de l'accident : ..... / ..... / ..... Heure de l'accident : .....

Horaires habituels de travail : .....

Horaires de travail le jour de l'accident (Si différent, expliquez-en la raison) : .....

.....  
.....

Lieu précis de l'accident : .....

.....  
.....

Si **AS** précisez s'il s'agit :  Lieu de travail habituel  Lieu de travail occasionnel  Lieu de télétravail  
 Lieu de restauration habituel  Accident de circulation (hors trajet)

Si **ATR** précisez s'il s'agit :  Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail

Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail  Autres

### Description de l'accident

Mode de transport : .....

Le trajet direct a-t'il été interrompu ou détourné ?  Oui  Non

Si oui (motif) : .....

Si ATR

Activité de la victime lors de l'accident (tâches réalisées et environnement de travail) :

.....  
.....

Description et nature de l'accident (chutes, collision, agression, manipulation..) :

.....  
.....

Objet(s) éventuel(s) dont le contact a blessé la victime :

.....  
.....

Accident causé par un tiers :  Oui  Non Si oui :  Tiers inconnu  Tiers connu

Nom, prénom, adresse et coordonnées du tiers :

.....  
.....

## Conséquences de l'accident

Nature des lésions médicalement constatées :

- Plaie et blessure     Fracture     Luxation, Entorse, Foulure     Amputation  
 Commotion, traumatisme     Brûlure, gelure     Empoisonnement, infection     Asphyxie, noyade  
 Choc     Effet de température, de lumière, de radiations     Effet de bruit, de vibration, de pression  
 Blessures multiples     Autres (préciser) : .....

Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) .....

Arrêt de travail :  Oui     Non    Nombre de jours : .....

### Pièces utiles à l'instruction du dossier pouvant être jointe à la déclaration d'accident

- Témoignages écrits     Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers  
 Ordre de mission / convocation     Bulletin d'hospitalisation     Constat / photos  
 Autres .....
- Plans (pour les ATR, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)

#### **Joindre obligatoirement le certificat médical**

**initial** (même sans arrêt de travail) ainsi que toute autre pièce de nature à étayer la matérialité des faits et de ses conséquences. Les documents médicaux doivent être transmis sous pli confidentiel.

Fait à ..... Le .....

Signature de l'agent :

### 3. Rapport circonstancié de l'autorité hiérarchique (uniquement en cas d'AS)

Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d'appréciation nécessaires à l'instruction du dossier. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

Nom du responsable hiérarchique : .....

Avis sur l'activité de la victime au moment de l'accident de service :

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

Avis sur la nature de l'accident et les circonstances décrites de sa survenance :

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

Avis sur les conséquences de l'accident telles que présentées par l'agent :

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

L'activité exercée nécessitait-elle le port d'équipements de protections particuliers? :  oui  non

L'agent en était-il équipé ? :  oui  non Lesquels : .....

Si non, pourquoi ? .....

Élément matériel : .....

Tâche exercée : .....

Facteur potentiel : .....

## 4. Enquête administrative de l'autorité territoriale

**Si AS :** Au vu des éléments transmis par l'agent, des informations collectées auprès de son responsable hiérarchique, l'autorité territoriale doit se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident.

**Si ATR :** Dans le cadre d'un accident de trajet la présomption d'imputabilité ne s'applique pas. L'agent ou ses ayants droits en apportent la preuve de l'imputabilité au service ou l'enquête administrative réunit les éléments suffisants pour reconnaître l'imputabilité.

### Pièces fournies par la victime et la collectivité

- Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)
- Plan du trajet précisant les lieux de départ et d'arrivée, l'itinéraire habituel, endroit exact de l'accident (chaussée, trottoir, parties communes, parties privatives, espace public)
- Bulletin d'hospitalisation  Témoignages écrits
- Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers  Ordre de mission / convocation
- Constat / Photos  Fiche de poste
- Autre (préciser) : .....

### Éléments d'enquêtes :

#### Si AS :

L'accident est-il survenu dans le temps du service ?  Oui  Non

L'accident est-il survenu sur le lieu du service ?  Oui  Non

L'accident est-il survenu dans l'exercice des fonctions de l'agent ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou d'une activité normale qui en constitue le prolongement normal ?  Oui  Non

#### Si ATR :

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel de l'agent entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration ?  Oui  Non

L'agent a-t-il effectué un détour ?  Oui  Non

- Si oui, le détour était-il rendu nécessaire par des nécessités de la vie courante ?  Oui  Non

Raisons du détour : .....

Horaires normaux du trajet domicile / lieu de travail ou lieu de travail / lieu de restauration :

.....  
.....

L'accident est-il survenu aux horaires normaux du trajet et pendant la durée normale pour effectuer ce trajet ?

Oui  Non

- Si non, pourquoi ? .....

\*\*\*\*\*

L'accident a-t-il été causé par une faute personnelle ?  Oui<sup>(1)</sup>  Non

▪ Si oui laquelle ? .....

L'accident a-t-il été causé par une circonstance particulière pouvant détacher l'accident du service, ou par une nécessité de la vie courante de nature à détacher l'accident de trajet du service ?  Oui(1)  Non

▪ Si oui, laquelle ? .....

Une expertise par un médecin agréé a-t-elle été diligentée ?  Oui  Non

▪ Si oui, pour quel motif ? .....

▪ Observations :

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

(1) Saisir conseil médical

## 5. Décision de l'autorité territoriale

Accident imputable au service  Saisine Conseil Médical (Doute / Refus)

Motivations :

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

Fait à ..... le .....

Signature de l'autorité territoriale (et cachet) :