



Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Haute-Saône

Formulaire de déclaration d'accident de service ou de trajet ou de maladie professionnelle à remettre à l'employeur par l'agent dans les délais fixés par l'art 37-2 du décret n°87-602 (ce formulaire sera également transmis par l'employeur au CT/CHSCT ou au CHSCT local)

EMPLOYEUR

Dénomination :
Adresse :
N° SIRET :

AGENT

N° de SS :
Nom naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tel :
Mail :
Latéralité de l'agent : [] droitier [] gaucher

STATUT

Date d'embauche dans la fonction publique :
Date d'entrée dans la collectivité /établissement :
Grade ou emploi :
Catégorie [] A [] B [] C
[] titulaire [] stagiaire [] agent IRCANTEC
[] temps complet [] temps partiel Quotité : %
[] temps non complet Durée hebdomadaire de service :
Jours travaillés (entourer les jours habituellement travaillés) : L M M J V S D
Fonctions exercées :

ACCIDENT

Date :
Heure de l'accident :
Horaires de travail le jour de l'accident :
Horaires habituels (si différents, à expliquer) :

Lieu de l'accident :

- en intérieur en extérieur
- lieu de travail habituel lieu de travail occasionnel lieu de télétravail
- lieu de mission

Lieu précis de l'accident (bâtiment, route, etc.) :

Type d'accident :

- chute de plain-pied chute de hauteur/avec dénivellation brûlure
- électrocution/électrification manutention objet lourd ou encombrant projection (copeau, verre,...)
- morsure produits chimiques, gaz, poussières,... coupure/piqûre (outil, insecte)
- malaise choc/heurte avec outil ou objet circulation routière
- autre.....

Ambiance climatique/physique :

- pluie brouillard vent
- verglas froid chaleur
- neige fumée poussière
- vibration bruit autre.....

Nature des lésions :

- écrasement, amputation contusion, hématome entorse, luxation, foulure
- plaie (coupure, écorchure) déchirure, douleur musculaire inflammation, dermite
- fracture lésion nerveuse blessure interne
- hernie, lumbago brûlure, gelure, électrisation corps étranger
- piqûre, morsure infection traumatisme, commotion
- malaise intoxication, asphyxie, noyade lésions multiples
- trouble visuel trouble auditif réaction allergique
- autre.....

Siège des lésions :

- oeil tête, visage tronc, thorax, abdomen
- cou, colonne bassin épaule, bras, coude
- main, poignet jambe, genou pied, cheville
- psychologique audition sièges multiples
- autre.....

Détailler les circonstances de l'accident précisément : (élément matériel, tâche exercée, ...) :

.....

Y a-t-il eu des témoins ? oui non

Si oui, nom, prénom et adresse des témoins :

Un constat de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? oui non

L'accident a-t-il fait l'objet d'une inscription au registre d'infirmerie ? oui non
 (joindre la fiche en cas d'inscription)

L'accident a-t-il fait l'objet d'une inscription au registre de sécurité et de santé au travail ? oui non
 (joindre la fiche en cas d'inscription)

L'accident a-t-il entraîné un décès ? oui non

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? oui non

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? oui non

Date du 1^{er} jour d'arrêt :

L'accident a-t-il entraîné des soins ? oui non

En cas d'accident de trajet* :

**l'accident de trajet est l'accident qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit le service et la résidence ou le lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer et compte tenu des nécessités de la vie courante*

- trajet aller trajet retour accident de circulation

A transmettre dans les 15 jours à compter de la date de l'accident ou dans les 2 ans suivant la 1^{ère} constatation médicale de la maladie sous peine d'irrecevabilité

L'accident est-il survenu au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail ? oui non

L'accident est-il survenu au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail ? oui non

Le trajet a-t-il, pour quelque motif que ce soit, été interrompu ? oui non

Si oui, pour quel motif ?

.....

MALADIE PROFESSIONNELLE (MP)

Date de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie :

Le cas échéant, numéro de la Maladie Professionnelle (MP) :

Description des fonctions exactes occupées par l'agent à l'époque où il a contracté la maladie :

.....

.....

Les fonctions occupées par l'agent à l'origine de la MP étaient-elles ? occasionnelles permanentes

Périodes d'exposition au risque :

Date d'entrée dans cette fonction :

Date de cessation de cette fonction :

Lieu précis d'exposition au risque :

.....

.....

Description précise des circonstances de l'apparition des troubles et description des substances, des gestes répétés et/ou du matériel utilisé susceptibles d'être à l'origine de la pathologie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies :

.....

Le cas échéant, dates des arrêts de travail : du au

Je soussigné (Nom, Prénom)..... certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à, le

Signature de l'agent

Reçu le :
Signature et tampon de la
collectivité/établissement

Joindre selon le cas :
Certificat médical initial
Certificat médical d'arrêt de travail
Témoignages
Constat de police ou de gendarmerie