

**Formulaire de déclaration agent CNRACL
Accident de trajet / Accident de service**

A remplir par la victime (*ou son ayant droit*) et à transmettre à l'autorité territoriale dans un délai de 15 jours à compter de la date d'accident (*selon l'article 37-3 du décret n°87-602*)

Attention pour les agents IRCANTEC, les démarches sont à effectuer auprès de la CPAM

Ce formulaire sera également transmis par l'employeur au CT/CHSCT auquel est rattachée la collectivité.

Employeur

Collectivité :

Adresse :

N° SIRET :

Agent

N° de sécurité sociale :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse postale :

Téléphone : Mail :

Latéralité de l'agent : droitier gaucher

Statut

Date d'embauche dans la fonction publique :

Date d'entrée dans la collectivité :

Grade ou emploi :

Catégorie : A B C CNRACL IRCANTEC
 titulaire stagiaire contractuel

Fonctions exercées :

Temps de travail : temps complet temps non complet temps partiel : %

Jours travaillés et horaires habituels :

Lundi : Vendredi :

Mardi : Samedi :

Mercredi : Dimanche :

Jeudi :

Accident de trajet

Définition :

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 lieu de restauration), et pendant la durée normale pour l'effectuer, compte tenu des nécessités de la vie courante.

Nature du trajet :

trajet aller: domicile – travail

trajet aller : travail – lieu de restauration habituel

trajet retour : travail – domicile

trajet retour : lieu de restauration habituel – travail

Date :

Heure :

Description du trajet :

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

Schéma ou plan :

Circonstances de l'accident de trajet :

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

Le trajet a-t-il été interrompu ?

oui

non

Si oui, pour quel(s) motif(s) :

.....

Accident de Service

Date : Heure :

Horaires de travail le jour de l'accident : habituels différents (*préciser*) :

Lieu précis et circonstances détaillées de l'accident (si besoin description de l'accident à joindre en annexe) :

.....

.....

.....

.....

.....

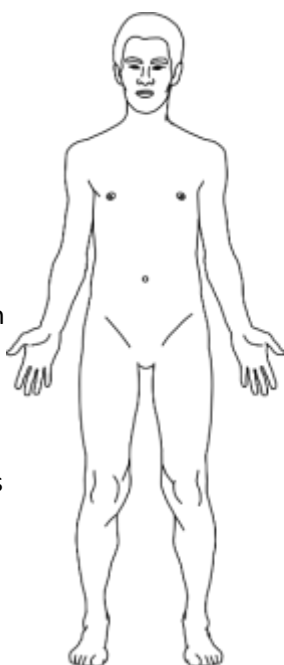
.....

Nature et siège des lésions

Type d'accident

- agression
- brûlure
- choc
- chute de hauteur
- chute de plain-pied
- chute d'objet
- coupure
- électrisation / électrocution
- intoxication
- malaise
- effort de soulèvement
- utilisation d'outils/ d'engins
- morsure
- noyade
- piqûre
- projection
- accident routier
- autre :

Siège des lésions



- oeil
- tête, visage
- cou
- épaule
- bras
- coude
- poignet
- main
- thorax
- abdomen
- bassin, hanche
- dos, colonne
- fessier
- jambe
- genou
- cheville
- pied

Indiquez les lésions par des croix : X

Nature des lésions

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> arrêt cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> brûlure, gelure <input type="checkbox"/> choc psychologique <input type="checkbox"/> contusion, hématome <input type="checkbox"/> corps étranger <input type="checkbox"/> convulsions <input type="checkbox"/> déchirure, douleur musculaire <input type="checkbox"/> entorse, luxation, foulure <input type="checkbox"/> traumatisme crânien <input type="checkbox"/> autre : | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> déformation de membre <input type="checkbox"/> douleurs <input type="checkbox"/> écrasement <input type="checkbox"/> malaise <input type="checkbox"/> œdème <input type="checkbox"/> perte de connaissance <input type="checkbox"/> hernie, lumbago <input type="checkbox"/> asphyxie <input type="checkbox"/> commotion | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> plaie <input type="checkbox"/> réaction allergique <input type="checkbox"/> section de membre <input type="checkbox"/> trouble auditif <input type="checkbox"/> trouble visuel <input type="checkbox"/> vomissements <input type="checkbox"/> fracture <input type="checkbox"/> infection |
|---|---|---|

Ambiance climatique/physique :

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pluie | <input type="checkbox"/> brouillard | <input type="checkbox"/> vent |
| <input type="checkbox"/> verglas | <input type="checkbox"/> froid | <input type="checkbox"/> chaleur |
| <input type="checkbox"/> neige | <input type="checkbox"/> fumée | <input type="checkbox"/> poussière |
| <input type="checkbox"/> vibration | <input type="checkbox"/> bruit | <input type="checkbox"/> autre..... |

Equipements de protection individuelle (EPI) portés au moment de l'accident (préciser) :

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

Présence de témoin (s) ? oui non

Si oui, identité(s) et adresse(s) :

Constat de police / gendarmerie établi ? oui non

Inscription au registre d'infirmerie ? oui non

Inscription au registre de santé et de sécurité au travail (SST) ? oui non

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

Accident causé par un tiers ? oui non

Arrêt de travail ? oui non

Si oui, date du 1er jour d'arrêt :

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

Intervention des secours publics ? oui non

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

Fait à, le

Signature de l'agent

Reçu le :

Signature + tampon de la collectivité

Pièce(s) à joindre

- | | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| - certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions (obligatoire) | - témoignages | - constat de gendarmerie/police |
| - certificat médical d'arrêt de travail | - fiche du registre SST | - fiche du registre d'infirmerie |
| - rapport d'intervention des services de secours | - schéma/plan | - acte de décès (éventuellement) |