

Service liquidateur du dossier accident du travail : INSPECTION ACADÉMIQUE DE LA SEINE-MARITIME
 5, Place des Faïenciers - 76037 ROUEN CEDEX - Tél. : 02 32 08 98 00 - Fax : 02 32 08 97 60
 http://www.ia76.ac-rouen.fr - e-mail : dasepe76@ac-rouen.fr

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser en 3 exemplaires au service liquidateur des prestations au **PLUSTÔT**

■ EMPLOYEUR

Etablissement ou service : _____
 Adresse : _____ Tél. : _____
 Nom et qualité du chef d'établissement ou de service : _____

■ VICTIME

N° de Sécurité Sociale : _____

NOM : (en majuscules d'imprimerie) _____
 Nom de jeune fille : (s'il y a lieu) _____
 Prénoms : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Adresse : _____
 Profession : _____ Date d'embauche : _____

TITULAIRE - STAGIAIRE - AUXILIAIRE - CONTRACTUEL (1)

■ ACCIDENT

DATE (Préciser le jour de la semaine) : _____
 Heure (de 0 à 24 heures) : _____
 Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : _____
 Horaire de travail de la victime, le jour de l'accident : deh..... àh..... / deh..... àh.....
 Lieu de l'accident (2) : _____
 Nature des lésions (2) : _____
 Siège des lésions (2) : (en précisant éventuellement côté droit ou côté gauche) _____
 Élément matériel : _____
 Circonstances détaillées de l'accident : _____

 Lieu où la victime a été transportée ? : _____ L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? : _____
 Est-elle hospitalisée ? : _____ Où ? : _____
 Suite probable (2) : _____

Sans arrêt de travail - Avec arrêt de travail supérieur à 24 heures - Décès immédiat

■ TÉMOINS

NOMS, Prénoms et adresses : _____

Un rapport de Police a-t-il été établi ? : _____

Par qui ? : _____

■ ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

NOM et Prénoms, adresse du tiers : _____

Compagnie d'assurance du tiers : _____

NOM et qualité du signataire de la présente déclaration (Supérieur hiérarchique) (3) : _____

A _____, le _____

*Cachet de l'établissement ou du service
et signature,*

(1) Mettre une croix dans la ou les cases utiles.

(2) Voir au verso de cette feuille.

(3) Ou bien la victime dans l'hypothèse où l'employeur se refuserait à signer.

Les listes ci-dessous ne sont données qu'à titre d'indication. Elles n'excluent pas les précisions complémentaires que l'employeur serait en mesure de fournir.

LIEU DE L'ACCIDENT

Trajet aller, trajet retour du domicile au lieu de travail.
Déplacement pendant les heures de travail pour le compte de l'employeur.
Lieu de travail habituel.
Lieu de travail inhabituel ou occasionnel.
Domicile du travailleur.

NATURE DES LÉSIONS

Fracture	Commotion
Brûlure	Présence d'un corps étranger
Gelure	Hernie
Amputation	Lumbago
Plaie (coupure, écorchure, autres plaies) sauf piqûre	Intoxication
Piqûre	Dermite
Contusion	Troubles visuels
Inflammation	Troubles auditifs
Entorse	Déchirures musculaires ou tendineuses
Luxation	Lésions nerveuses
Asphyxie	

SIÈGE DES LÉSIONS

Tête (yeux exceptés)
Yeux
Membres supérieurs (mains exceptées)
Mains
Tronc
Membres inférieurs (pieds exceptés)
Pieds
Sièges internes