

Désignation du service  
liquidateur des prestations

**INSPECTION ACADÉMIQUE DE LA SEINE-MARITIME**  
5, Place des Faïenciers - 76037 ROUEN CEDEX

## ENQUÊTE SUR L'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE SERVICE

survenu à M \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

**Déclaration de la victime de l'accident :**

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Nom et prénoms de la victime .....                     | _____ |
| 2. Date de naissance de la victime .....                  | _____ |
| 3. Lieu de naissance .....                                | _____ |
| 4. Nationalité de la victime .....                        | _____ |
| 5. Résidence de la victime .....                          | _____ |
| 6. Ecole où elle exerce ses fonctions .....               | _____ |
| 7. Domicile et adresse exacte de la victime .....         | _____ |
| 8. Situation de famille (célibataire, marié(e) ...) ..... | _____ |
| 9. Nombre d'enfants - âge .....                           | _____ |
| 10. La victime est-elle titulaire ?.....                  | _____ |
| auxiliaire, contractuelle ? .....                         | _____ |
| 11. Classe de traitement ou échelon .....                 | _____ |
| 12. Date de l'accident .....                              | _____ |
| 13. Jour de la semaine .....                              | _____ |
| 14. Heure exacte de l'accident .....                      | _____ |
| 15. Localité .....  | _____ |
| 16. Lieu de l'accident .....                              | _____ |

17. **Déposition de la victime** : Résumé de l'Accident (1)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(1) Croquis du lieu de l'accident à joindre sur feuille distincte

18. Quelle partie du corps a été lésée ? .....

19. A quel moment la victime a-t-elle consulté le médecin ? (En cas de paiement par la victime, joindre obligatoirement un R.I.B. pour le remboursement) .....

20. L'accidenté(e) a-t-il (elle) déjà été victime d'un accident de travail antérieurement ? .....

Si OUI : a) date de cet accident ? .....  
b) en est-il resté une incapacité permanente ? .....

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

a) Heure du départ du domicile .....  
b) Heure à laquelle l'accidenté(e) commence d'habitude son travail .....  
c) Temps nécessaire pour parcourir ce trajet par le moyen de locomotion utilisé par l'accidenté (e) ...

(Le trajet a-t-il été fait à pied, à bicyclette ?) .....

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

Heure de départ du lieu de travail ? .....

23. Désignation des rues empruntées : .....

Habituellement : .....

Le jour de l'accident .....

24. Le trajet a-t-il été détourné ? .....

Interrompu ? .....

25. Motifs .....

26. L'accident est-il arrivé avant ou après l'interruption de trajet ? .....

27. Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? .....

28. La police ou la gendarmerie a-t-elle été appelée sur les lieux de l'accident ? (*Joindre si possible le constat de l'agent et le procès-verbal de gendarmerie*)

---

29. L'accident a-t-il été causé par un tiers ? .....

---

30. Nom et prénoms .....

---

Adresse .....

---

---

Profession .....

---

31. Cette tierce personne est-elle assurée ? .....

---

Nom et adresse de l'assureur .....

---

---

32. Quels ont été les témoins de l'accident ? (Nom, prénoms, profession, résidence) :

---

---

33. Déposition du ou des témoins (ce qu'ils ont vu et entendu) : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

**Signature des témoins,**

34. S'il n'y a pas eu de témoins oculaires, à quelle personne l'accident a-t-il été déclaré en premier lieu ? \_\_\_\_\_

**Signature de la victime,**

**Fait à** \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
**Signature du Chef de Service**

Observations éventuelles