



Adresse électronique professionnelle : .....@.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :**

Date de l'accident : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Heure de l'accident : |\_|\_| h |\_|\_|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**HORAIRE DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :**

| Matin                      | Après-midi                 | Soir                       |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| de ..... h ..... à ..... h | de ..... h ..... à ..... h | de ..... h ..... à ..... h |
| .....                      | .....                      | .....                      |
| de ..... h ..... à ..... h | de ..... h ..... à ..... h | de ..... h ..... à ..... h |

**QUOTITE DE SERVICE** (si travail à temps partiel) : .....

**LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT** : .....

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT** (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) : .....

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

**PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :**

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

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

- heure de départ du domicile : |\_|\_|\_| h |\_|\_|\_|  
- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |\_|\_|\_| h |\_|\_|\_|

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

- heure de départ du lieu de travail : |\_|\_|\_| h |\_|\_|\_|  
- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |\_|\_|\_| h |\_|\_|\_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ?  OUI  NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? .....

Combien de temps dure le trajet : |\_|\_|\_| h |\_|\_|\_|

Si le trajet a été détourné, motifs : .....

Si le trajet a été interrompu, motifs : .....

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ?  AVANT  APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ? .....

.....

**SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS** (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'assurance : .....

.....N°de police : .....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ?  OUI  NON

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.



.....  
.....  
(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature**

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ?     OUI     NON    Si oui :

|  | 1 <sup>er</sup> accident ou MP | 2 <sup>ème</sup> accident ou MP | 3 <sup>ème</sup> accident ou MP |
|--|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Date   |                                |                                 |                                 |
| Incapacité partielle permanente en %                                     |                                |                                 |                                 |
| Etablissement d'affectation lors de l'accident :<br>académie/nom/adresse |                                |                                 |                                 |

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) ..... sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à ....., le |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature de l'agent**

#### ATTESTATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Je soussigné(e) (chef d'établissement ou chef de service) \_\_\_\_\_

Atteste avoir été informé(e) le \_\_\_\_\_

De l'accident survenu le \_\_\_\_\_, dans les circonstances précisées ci-dessus

A Monsieur/Madame \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à ....., le |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique**

#### EN CAS DE RESERVE SUR L'ACCIDENT ETABLIR UNE ATTESTATION EN EXPLICITANT LES ARGUMENTS.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).