

# **FICHE DE DECLARATION D'AGRESSION (et servant de déclaration d'accident du travail)**

## **LA VICTIME**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sexe F  M   
 Adresse du domicile: \_\_\_\_\_  
  
 Tél pro: \_\_\_\_\_ Tél perso: \_\_\_\_\_  
  
 Direction: \_\_\_\_\_ Service: \_\_\_\_\_ Horaires de travail : \_\_\_\_\_  
 Poste occupé \_\_\_\_\_

## **LES FAITS**

Date	Jour	Heure
------	------	-------

Lieu des faits (*adresse, ville*)

Les faits sont-ils survenus :

sur le lieu de travail       sur le trajet domicile-travail\*

(\*parcours normal aller-retour effectué par l'agent entre son lieu de travail et sa résidence ou entre son lieu de travail et celui où il prend habituellement ses repas.)

**Y'a-t-il un témoin :  oui  non**

Nom :	Prénom :
-------	----------

Tél pro :	Tél perso :
-----------	-------------

Direction :	Service :
-------------	-----------

**Remplir la fiche de déclaration sur l'honneur du témoin (voir protection fonctionnelle)**

**Activité exercée au moment de l'agression (ex : accueil, entretien, visite ...):**

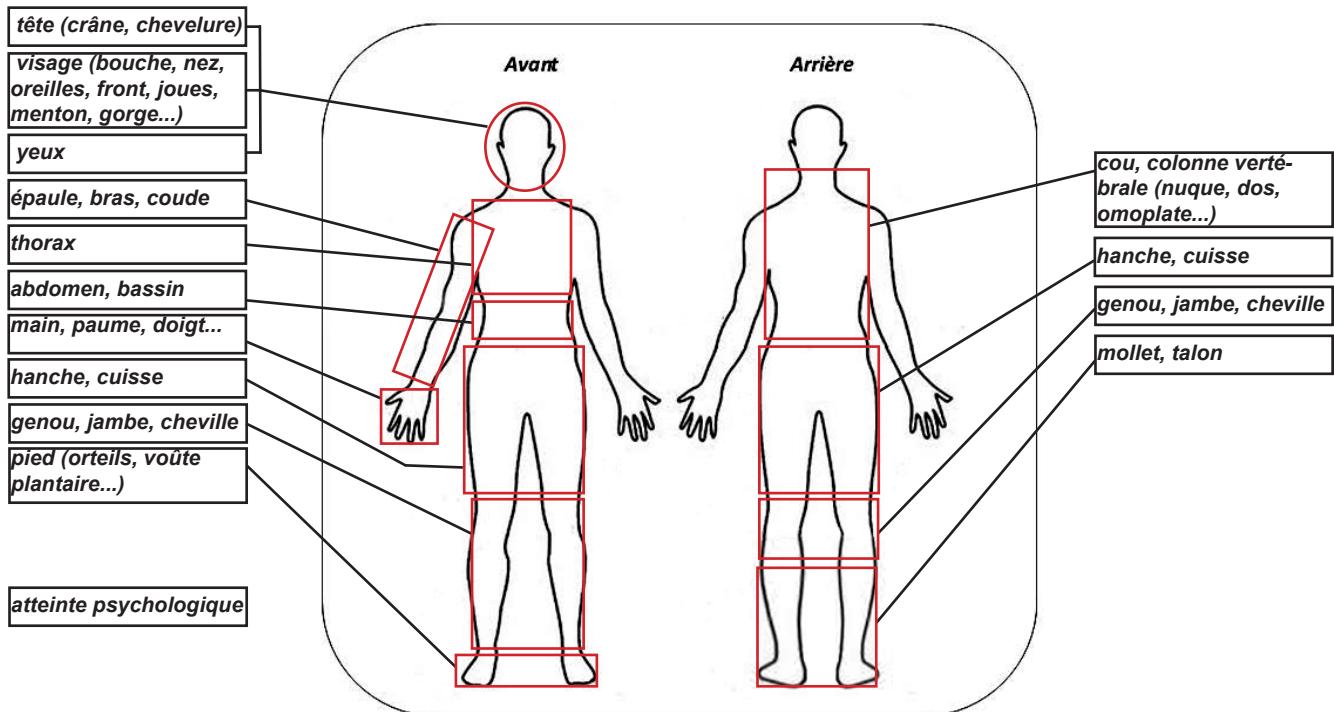
**L'agresseur est :** un usager du service , un public extérieur , un collègue

## **CAUSE DE LA SURVENUE DES FAITS**

## **DESCRIPTION DETAILLEE DES FAITS**

## DESCRIPTION PRECISE DE(S) BLESSURE(S)/ LESION(S) ET LOCALISATION

Indiquer le siège de la blessure et/ou lésion :



Nature de la blessure et/ou lésion (ex. contusion, plaie, brûlure, fracture, présence d'un corps étranger, piqûre, etc.)

Localisation (ex. genoux gauche, main droite etc.)

Soins dispensés sur les lieux de travail : oui  non   
Si oui préciser :

Consultation médicale

Avez-vous effectué un dépôt de plainte : oui  non

Souhaitez-vous faire une demande de protection fonctionnelle : oui  non

Souhaitez-vous bénéficier d'un soutien psychologique : oui  non

Souhaitez-vous une visite médicale : oui  non

Souhaitez-vous que votre identité soit connue des organisations syndicales : oui  non

L'autorité hiérarchique ou fonctionnelle :

Fait à :

Le :

Signature :

L'agent :

Fait à :

Le :

Signature :

# Déclaration sur l'honneur du témoin

**Document à retourner à la Direction des Ressources Humaines en complément de la déclaration d'agression**

Je soussigné(e)\*:

Nom	Prénom	
Tél pro	Tél perso	Portable
Direction		
Déclare que M	a été victime	
d'une agression en date du	à (heure)	
Lieu des faits (ville et département)		

Description des faits

Demande de soutien psychologique	oui	non
Demande de RDV avec le Médecin de prévention	oui	non

\* déclaration nominative à compléter pour chaque témoin

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du déclarant**