

FICHE DE DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE (hors agression externe) OU DE TRAJET

DRH

Afin d'améliorer le traitement de votre accident du travail, la fiche remplie est à envoyer dans les 24h suivant l'accident à la Direction des Ressources Humaines par email à accident@valdoise.fr

Attention : dans les 15 jours suivant la date de l'accident, le CERFA n°11138*06 (certificat médical d'accident du travail) doit être impérativement adressé par mail à accident@valdoise.fr en complément de cette fiche de déclaration.

Le CERFA n° 11138*06 est à demander et à compléter par le médecin traitant, le service des urgences ou par un médecin de ville selon la situation. **En l'absence de ce certificat médical, la déclaration d'accident ne sera pas prise en charge.**

Par ailleurs, si l'accident entraîne un arrêt de travail, il devra être transmis au SAP dans les 48h suivant son établissement.

INFORMATIONS SUR LA VICTIME

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : F M

Latéralité : Droitière Gauchère

Adresse du domicile :

Titulaire Contractuel

Stagiaire

Contrat aidé

Apprenti

Direction :

Service :

Horaires de travail du jour:

Poste occupé :

Ancienneté dans le poste :

ACCIDENT DE SERVICE

Date :

Jour :

Heure :

Lieu de l'accident (adresse, ville) :

L'accident s'est déroulé en télétravail ? oui non

S'il s'agit d'une agression, veuillez faire un signalement via la boîte mail "Signalement d'agression" sur Outlook, ainsi qu'une demande de protection fonctionnelle auprès de la Direction des ressources humaines. Pour plus d'informations se référer au Dossier de Déclaration d'Aggression, disponible sur MOZAIK.

ACCIDENT DE TRAJET

Date :

Jour :

Heure :

Moyen de transport utilisé : Voiture

Transports en commun

Vélo

Trottinette

à pieds

Compagnie d'assurance de l'agent :

N° de police :

L'accident est-il survenu sur le trajet le plus direct entre le domicile et le lieu de travail ?

Le trajet a-t-il pour quelque motif que ce soit, été interrompu ?

Si oui, motif :

Y'a-t-il eu un constat de police* ? oui non (* Si oui, joindre le constat correspondant)

Si des tiers sont responsables :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Compagnie d'assurance du tiers :

Responsabilité (indiquer si la partie adverse reconnaît sa responsabilité et tout ou en partie) :

Y'A T- IL UN OU DES TEMOINS ? oui non

(Si oui, faire remplir une déclaration sur l'honneur cf page 4/4, et la joindre au dossier)

DESCRIPTION PRECISE DES FAITS

Activité exercée au moment de l'accident (ex : travail sur machine, manutention, etc.) :

Que s'est-il produit ? Décrire de manière détaillée les circonstances de l'accident (ex : je descendais l'escalier avec un carton dans les mains quand j'ai raté une marche et je suis tombé sur le dos)

Matériel, machine ou produit utilisé (ex : perceuse, marteau, peinture, chariot élévateur, etc.) :

Milieu (ex : bureau, atelier, route, magasin, etc..) :

L'agent portait-il ses Equipements de Protection Individuelle (EPI) ? oui non

Chaussures de sécurité gants de protection lunettes de protection bouchons d'oreilles Vêtements de travail
autres, à préciser :

Commentaires de l'agent :

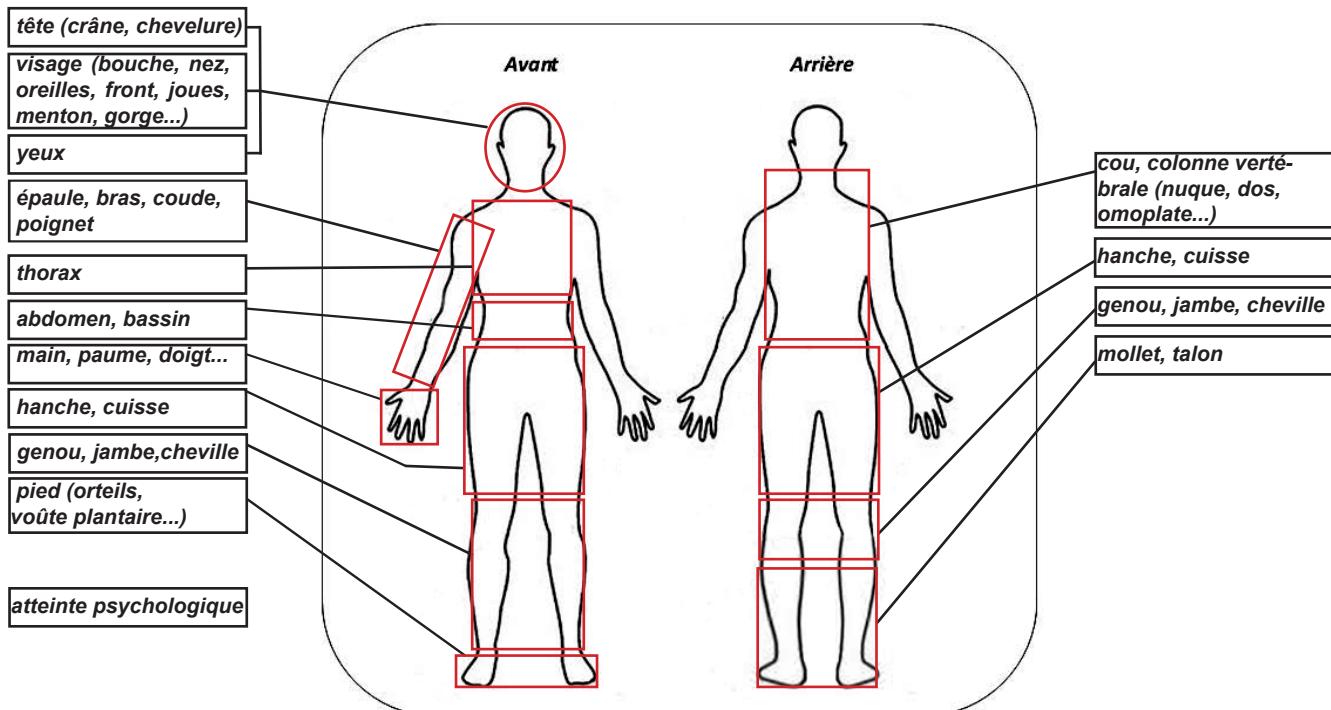
Commentaires du responsable hiérarchique :

PROPOSITIONS DE MESURES DE PRÉVENTION EN VUE D'ÉVITER LA RÉPÉTITION DE L'ACCIDENT

L'agent ayant eu un accident à vélo sur son trajet domicile-travail peut participer aux actions sensibilisations et de prévention sur la sécurité à vélo réalisées par la DTMD et peut prendre attaché auprès de Natacha RIHET, référente plan de mobilité employeur, natacha.rihet@valdoise.fr - 01 34 25 14 99.

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 :

L'agent :

Fait à :

Le :

Signature :

L'autorité hiérarchique ou fonctionnelle :

Fait à :

Le :

Signature :

DECLARATION SUR L'HONNEUR



A remplir par le témoin et à retourner à la DRH au Service de l'administration du personnel dans les 24 heures

Je Soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Déclare que M

a été victime

d'un accident le (date et jour)

Heure :

Lieu (ville et département) :

Circonstances

Blessures (description)

Observations

Signature du déclarant

Fait à :

Le :