

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

DRH

val  
d'oise  
le département

\* Les agressions internes (entre collègues) relève d'un MAVDHAS, [cliquez ici pour accéder à la plateforme de signalement](#).

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

**Attention :** Dans les 15 jours suivant la date de l'agression, le CERFA n°11138\*06 doit être impérativement adressé à [signalementagression@valdoise.fr](mailto:signalementagression@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, l'accident du travail ne pourra pas être pris en charge.**

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

## LA VICTIME

Nom patronymique : Prénom :  
Nom marital : Age : Sexe : F M  
Adresse du domicile :  
Direction :  
Service : Horaires de travail  
du jour :  
Poste occupé :

## LES FAITS

Date : Jour : Heure :  
Lieu des faits (adresse, ville) :

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 :

Téléphone pro : Téléphone perso :

Direction :

Service :

[Remplir la fiche de déclaration sur l'honneur du témoin \(voir protection fonctionnelle\) située page 5](#)

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

L'agresseur est : un usager du service un public extérieur

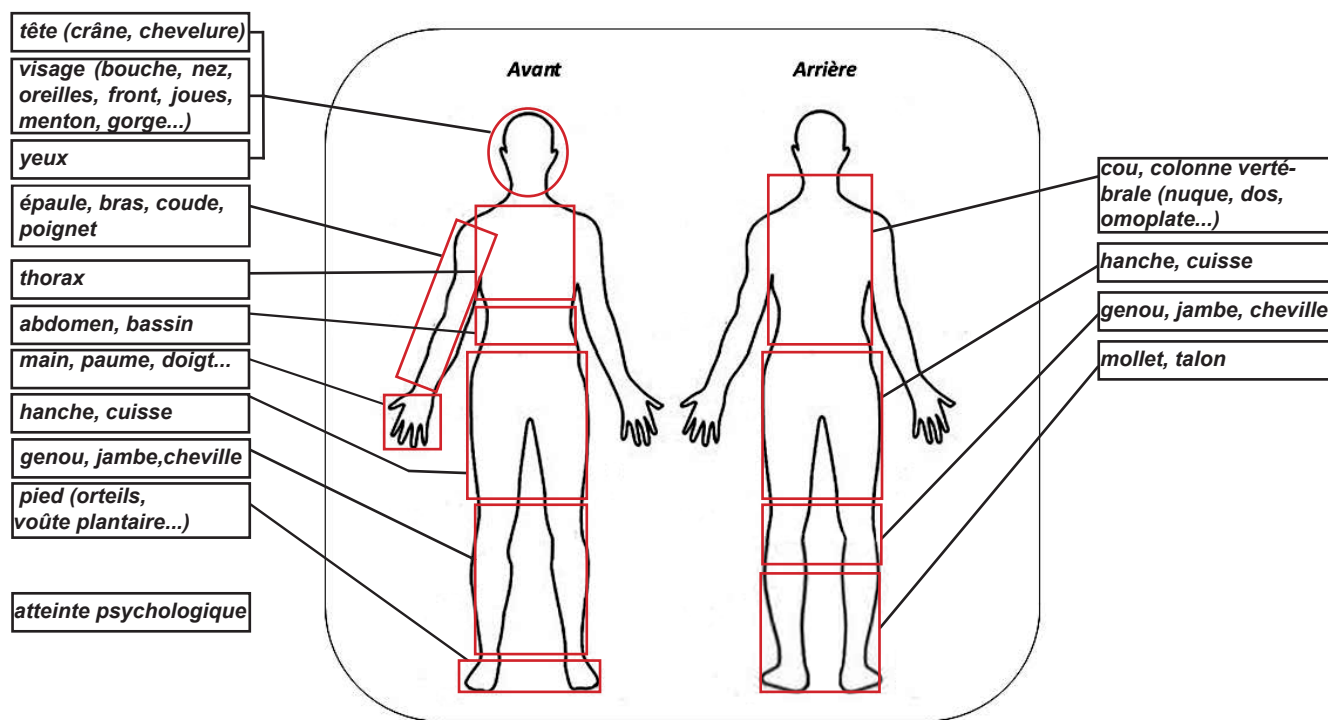
Nom : Prénom :

Adresse :

## CAUSE DE LA SURVENUE DES FAITS

## DESCRIPTION DETAILLEE DES FAITS

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      Consultation médicale      oui      non

Si oui préciser :

Avez-vous effectué un dépôt de plainte ?      oui      non

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

*Veuillez prendre connaissance au préalable du guide de demande de protection fonctionnelle, en cliquant [ici](#) et complétez le formulaire page 5*

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

Souhaitez-vous une visite médicale ?      oui      non

Souhaitez-vous que votre identité soit connue des organisation syndicales ?      oui      non

L'agent :

Fait à :

Le :

Signature :

L'autorité hiérarchique ou fonctionnelle :

Fait à :

Le :

Signature :

# DECLARATION SUR L'HONNEUR du TEMOIN



Document à retourner à la DRH en complément de la déclaration d'agression

Je Soussigné(e) \*

Nom :

Prénom :

Direction :

Téléphone pro :

Téléphone perso :

Portable :

Déclare que M

a été victime

d'une agression le (date et jour)

Heure :

Lieu des faits (ville et département) :

**Déclare avoir été directement témoin des faits**

## Descriptions des faits

**Demande de soutien psychologique**

**Oui**

**Non**

**Demande de RDV avec le médecin de prévention**

**Oui**

**Non**

Signature du déclarant

Fait à :

Le :

\* déclaration nominative à compléter par chaque témoin



# DEMANDE DE PROTECTION FONCTIONNELLE



> Ne remplir cette demande que si vous avez coché la demande de protection fonctionnelle en page 3

> Se référer au guide de la protection fonctionnelle

## Pièces à fournir à l'appui de votre demande de protection fonctionnelle :

- > le présent formulaire
- > le rapport hiérarchique
- > la (ou les) déclaration(s) sur l'honneur des témoins
- > la copie du dépôt de plainte
- > l'arrêt de travail délivré par un médecin de ville ou par un service d'Unité Médico-Judiciaire (UMJ)

## Je Soussigné(e)

Nom patronymique :

Prénom :

Nom marital :

**Estime avoir subi un préjudice à l'occasion de mes fonctions au sens de l'article L.134-5 du Code général de la fonction publique et demande à bénéficier de la protection fonctionnelle.**

## En conséquence, je m'engage :

à fournir au Service juridique et contentieux tous les renseignements concernant la présente affaire qui pourraient m'être demandés et à l'aviser immédiatement de toutes les correspondances qui pourraient m'être adressées (avis d'audience, convocation du juge d'instruction, expertise, jugement).

à m'abstenir de toute requête personnelle ou de toute démarche directe auprès de la partie adverse.

à refuser de prendre contact directement ou indirectement avec l'auteur de l'agression, de conclure directement toute transaction et de recevoir toute indemnisation, de signer tout document qui ne serait pas transmis par la Direction des services juridiques ou avec son accord exprès.

## DEPOT DE PLAINTE

Lieu :

Date :

## PREJUDICE(S) SUBI(S)

Fait à :

Signature du déclarant

Le :

## VOS INTERLOCUTEURS

**Direction des services juridiques**  
**Pôle appui et animation juridiques**

- > Renseignements juridiques
- > Aide à la constitution du dossier

**Juriste coordinateur** : 01 24 25 30 47

**Assistante de direction** : 01 34 25 31 40



# RAPPORT HIERARCHIQUE



## Responsable hiérarchique

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse professionnelle :

## Victime

Nom patronymique : Prénom :

Nom marital :

Adresse personnelle :

Adresse professionnelle :

Fonction :

## Circonstance de l'agression

Date :

Lieu :

Circonstances détaillées :

**L'agression est-elle survenue sur le lieu de travail habituel ?**

Oui

Non

Préciser :

**Y'a-t-il eu des témoins ?**

Si oui, nom et adresse personnelle et professionnelle des témoins

Oui

Non

**Une plainte a-t-elle été déposée ?**

Oui

Non

Préjudice :

Signature du supérieur  
hiérarchique :

Fait à :

Le :