

FICHE DE DECLARATION D'AGGRESSION EXTERNE* et servant de déclaration d'accident du travail

* 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.

Attention : Dans les 15 jours suivant la date de l'agression, le CERFA n°11138*06 doit être impérativement adressé à 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 :

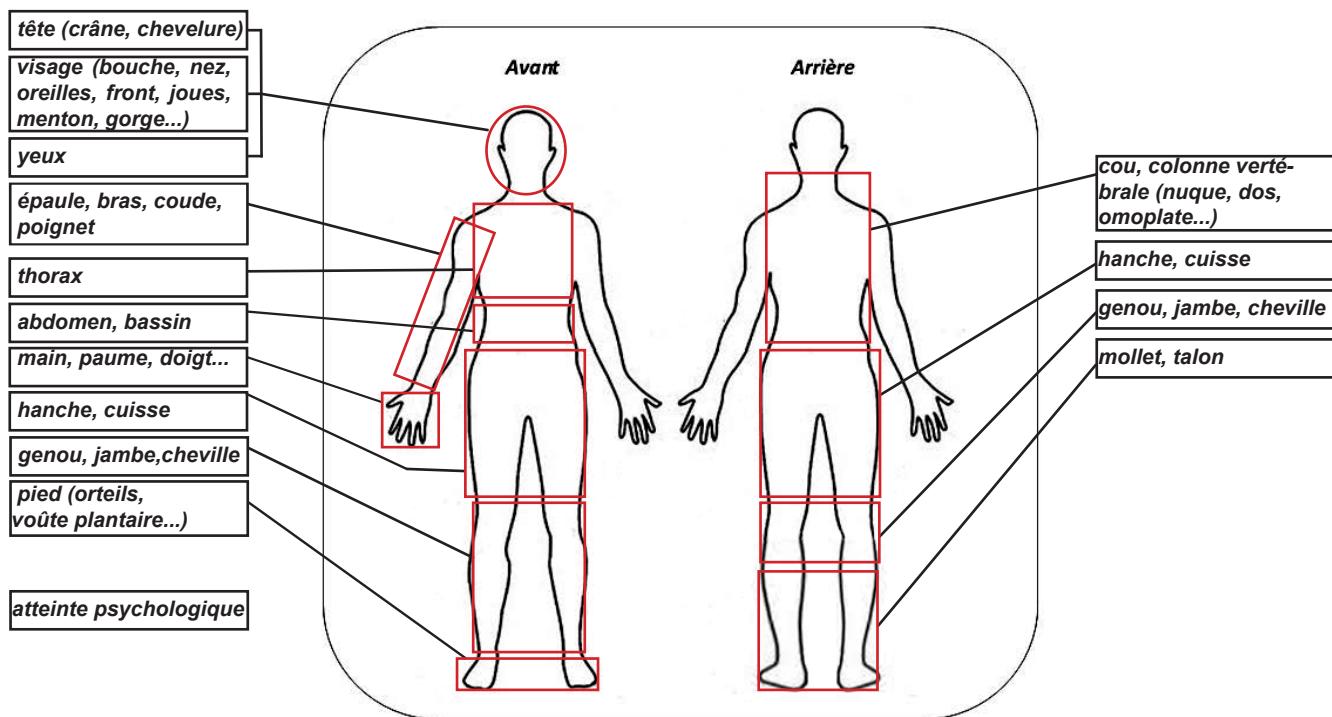
Adresse :

CAUSE DE LA SURVENUE DES FAITS

DESCRIPTION DETAILLEE DES FAITS

DESCRIPTION PRÉCISE 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 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 organisations 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

* déclaration nominative à compléter par chaque témoin

Signature du déclarant

Fait à :

Le :

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 PLAINE

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 ?

Préjudice : _____ Oui _____ Non _____

Signature du supérieur
hiérarchique :
Fait à : _____

Le : _____