

FORMULAIRE DE DECLARATION

ACCIDENT DE SERVICE ACCIDENT DE TRAJET
(FONCTIONNAIRE CNRACL)

*Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines
N'oubliez pas de joindre un certificat médical*

Etat civil de la victime

Nom et prénom de l'agent :

Adresse :

Tél : Email.....

Numéro de Sécurité sociale :

Situation administrative

Fonctionnaire : titulaire stagiaire

Durée hebdomadaire :

Temps complet Temps non complet (précisez la durée hebdomadaire)

Grade :

Service d'affectation :

Poste :

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

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

Collectivité employeur (à remplir par la collectivité)

Nom :

Adresse.....
.....

Tél..... Email.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la déclaration :

.....Tel :

L'accident a-il-été causé par un ou des tiers ? Oui Non

Si Oui (si connu précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des tiers responsables)

.....

Y-a-t-il eu des témoins de l'accident ? Oui Non

si Oui (précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des témoins)

.....

Le siège des lésions (à indiquer par une croix sur le schéma)

.....

<input type="checkbox"/> Tête			<input type="checkbox"/> Face (yeux, nez, bouche, oreille, ouïe...)	
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Cou, dos et colonne vertébrale	
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Epaule	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Droit			<input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Droit			<input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Thorax (1)				<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Abdomen (2)			<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Bassin / hanche/ cuisse / fesses (3)				<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Droit
	<input type="checkbox"/> Gauche			<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Droit
	<input type="checkbox"/> Gauche			<input type="checkbox"/> Gauche

Est-ce votre 1^{er} accident de service ou de trajet survenu dans votre carrière ? Oui Non

si Non (précisez la date de chaque accident et l'employeur)

-
 -
 -

En cas de rechute d'un accident déjà reconnu imputable au service (à remplir le cas échéant)

Date de survenance de l'accident initial :

Date de la rechute :

Employeur ayant reconnu l'accident initial.....

Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'un accident de service

- certificat médical d'accident du travail (obligatoire) bulletin d'hospitalisation
- ordre de mission (*s'il y a lieu*)
- rapport de police (*s'il y a lieu*)
- témoignages
- pli confidentiel – secret médical (*documents joints comportant des informations à caractère médical sous enveloppe cachetée indiquant « pli confidentiel - secret médical »*)
- Autres documents médicaux (copie des ordonnances) ou tout autre document médical en lien avec l'accident, à lister :

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

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à Le (date de déclaration)

Signature de l'agent (ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)