DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

Collectivité Locale

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Gard

183 Chemin du Mas Coquillard
30900 NIMES
Tél. : 04.66.38.86.86 Fax : 04.66.38.86.87

COLLECTIVITE

Raison sociale : ..... **CP** |_|_|_|_|_| **Ville :** .....

Contact : ..... **Tél. :** ..... **Email :** .....

AGENT

Nom : ..... **Prénom :** ..... **Nombre d'enfants à charge :** .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... **Numéro sécurité sociale** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé |_|_|

Métier : ..... **Service :** ..... **Date d'entrée en fonction :** ..... / ..... / .....

Grade : ..... **Catégorie :** ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C**

☐ **Agent affilié à la CNRACL**			☐ **Agent affilié à l'IRCANTEC**		
☐ Titulaire	☐ Stagiaire		☐ Titulaire	☐ Stagiaire	☐ Non titulaire
☐ Temps complet	☐ Temps partiel ..... %	☐ Temps non complet ..... heures / mois	☐ + 200h / Trimestre *	☐ + 200h / Trimestre *	

**Tous employeurs confondus*

PERIODE D'ARRETS DE TRAVAIL

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Arrêt de travail du * ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... **Reprise d'activité le** ..... / ..... / .....

**Joindre certificats médicaux et bulletins de salaires pour les périodes concernées*

DESCRIPTIF DE L'EVENEMENT

Date de survenance : ..... / ..... / ..... **Heure :** ..... h .....

☐ **Accident de service**
Horaire de travail le jour de l'accident :
De ..... h ..... à ..... h ..... et de ..... h ..... à ..... h .....
☐ Habituels ☐ Exceptionnels

☐ **Accident de trajet ***
☐ Aller ☐ Retour
☐ Habituel ☐ Détourné ou interrompu (pour quel motif .....)

**Joindre documents associés : constat, schéma, rapports*

☐ **Maladie professionnelle**
☐ Maladie contractée en service ☐ Maladie à caractère professionnel
Date de reconnaissance de la MP : ..... / ..... / .....
Détaillez les facteurs à l'origine de la maladie (travaux, substances, produits, gestes, postures, matériel, etc …) .....

Durée d'exposition : .....

TEMOIN(S) *(Joindre documents associés)*

Nom : ..... **Prénom :** ..... **Coordonnées :** .....
Nom : ..... **Prénom :** ..... **Coordonnées :** .....

Rapport / Témoignage écrit : ☐ Oui ☐ Non

TIERS *(Joindre documents associés)*

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? ☐ Oui ☐ Non

Nom du tiers responsable : ..... Assureur : ..... Police : ..... Rapport de police ☐ Oui ☐ Non

CIRCONSTANCE DETAILLEES DE L'ACCIDENT *(Joindre documents associés)*

Tâche, matériel, environnement de travail, etc … : .....

Pour les délais de déclaration, merci de vous reporter aux Conditions Générales de votre Assureur.
ATTENTION : Toute demande transmise hors délai ne sera pas prise en charge.

L'accident a-t-il donné lieu à un rapport hiérarchique ? ☐ Oui ☐ Non

L'accident a-t-il déclenché une analyse par un acteur de la prévention ? ☐ Oui ☐ Non

MESURES CORRECTIVES ET/OU PREVENTIVES MISES EN ŒUVRE SUITE A L'ANALYSE DE L'ACCIDENT

Mesures existantes	Mesures correctives	Mesures préventives

CODIFICATION *(ENTOURER LA CODIFICATION APPROPRIEE DANS LA TABLE DE REFERENCE)*

FILIERE DE L'AGENT	
A	Administrative
T	Technique
C	Culturelle
S	Sportive
M	Sociale
O	Médico-Sociale
E	Médico-Technique
P	Sécurité
R	Incendie et Secours
N	Animation
CIRCONSTANCES	
A	Véhicule
B	Déplacement
C	Manipulation
ELEMENT MATERIEL	
A	Chute ou glissade de plain-pied
B	Chute ou glissade avec dénivellation
C	Effort de soulèvement / Faux mouvement / Manipulation de charge
D	Outils à main / machine / appareil
E	Objet ou masse en mouvement
F	Véhicule et engin en mouvement
G	Contact / Projection de sang – urine – produits biologiques ou toxiques
H	Agression / Morsure / Violence
I	Rayonnement / Radiation
J	Gaz / Liquide / Vapeur sous pression
K	Incendie / Explosion
L	Electricité
M	Manipulation outils / Instruments coupants – piquants – tranchants
N	Pas d'élément matériel
O	Autres
NATURE DES LESIONS	
A	Contusion / Hématome
B	Plaie
C	Piqûre
D	Entorse / Luxation
E	Lumbago
F	Sciatique / Hernie discale / Tassement vertébral
G	Lésion musculaire – tendineuse
H	Réaction allergique ou inflammatoire muqueuse ou cutanée
I	Fracture / Fêlure
J	Lésion nerveuse / neurologique
K	Lésion interne
L	Présence de corps étranger
M	Brûlure / Gelure
N	Ecrasement / Amputation
O	Intoxication / Contamination
P	Asphyxie / Noyade
Q	Lésions multiples
R	Malaise avec ou sans perte de connaissance
S	Troubles psychologiques
T	Troubles sensoriels
U	Tendinite / Arthrite
V	Autres natures de lésions

LIEU COLLECTIVITE LOCALE	
A	Locaux techniques
B	Restauration
C	Parties communes
D	Voie publique
E	Locaux administratifs
F	Complexe sportif
G	Domicile d'un tiers
H	Cimetière
I	Ecole / Crèche / Centre de loisirs
J	Bâtiment annexe
K	Parc / Jardin / Espace vert / Forêt
L	Déchetterie
TACHE EXERCEE LORS DE L'ACCIDENT	
A	Travail administratif
B	Restauration scolaire
C	Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel
D	Formation / Mission
E	Entretien des espaces verts
F	Voirie / Chantier
G	Collecte et traitement des ordures ménagères
H	Traitement des eaux / Assainissement / Electricité
I	Circulation (locaux / voie publique)
J	Accueil / Surveillance / Contrôle
K	Activité funéraire
L	Incendie / Secours et autres interventions
M	Activité physique et sportive
N	Animation / Enfance
O	Transport de personnes ou marchandise
P	Intervention spécialisée
Q	Manœuvre / Exercice
R	Opération diverse / Protection des biens
S	Autre tâche

SIEGE DES LESIONS	
1	Région crânienne
2	Face (sauf nez et bouche)
3	Nez
4	Bouche (sauf dents)
5	Dents
6	Appareil auditif
7	Cou (sauf vertèbres cervicales)
8	Yeux
9	Epaule
10	Bras
11	Coude
12	Avant-bras
13	Poignet
14	Main : Index et / ou pouce
15	Main : Paume et dos
16	Main : Autres doigts
17	Dos (sauf colonne vertébrale)
18	Région lombaire (sauf colonne vertébrale)
19	Colonne vertébrale : cervicales
20	Colonne vertébrale : dorsolombaire
21	Colonne vertébrale : sacrococcygien
22	Bassin
23	Abdomen
24	Thorax
25	Organes génitaux
26	Hanche
27	Cuisse
28	Genou
29	Jambe
30	Cheville
31	Pied : Orteils
32	Pied : Plante et dessus
33	Pied : Talon
34	Sièges multiples
35	Autres

Une seule codification doit être entourée par table

Latéralité agent : ☐ Gaucher ☐ Droitier

Lésions : ☐ Gauche ☐ Droite

RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE DE L'ACCIDENT *(DECRET N°2008 – 1191 DU 17/11/2008)*

☐ **En attente de décision**

Imputable au service : ☐ Oui ☐ Non

Observations de la hiérarchie

L'agent	L'autorité territoriale
Fait à ----------	Fait à ----------
Le --------- / --------- / ---------	Le --------- / --------- / ---------
Signature :	Signature :

Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour toute demande, veuillez-vous adresser à : Gras Savoye Groupe-Sud ADP Public - Collectivités Locales, 5 Avenue Raymond Manaud. BP 50017, 33522 Bruges Cedex Tél 05 56 00 90 80 Télécopie 05 56 00 90 81

Gras Savoye Société de courtage d'assurance et de réassurance
Siège social : Immeuble Quai 33. 33/34 quai de Dion-Bouton. CS 70001. 92814 Puteaux Cedex. Tél. 01 41 43 50 00. Télécopie 01 41 43 55 55. http://www.grassavoye.com
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros.
311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61 311 248 637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (http://www.orias.fr).
Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9