



## RAPPORT HIERARCHIQUE ACCIDENT DE TRAJET

### IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'usage :

N° Sécurité Sociale : .. .... / ...

N° CNRACL de l'agent : ..... - ..... - .....

Régime :

Statut :

Grade :

Service :

Fonctions exercées :

Raison sociale de la collectivité :

N° CNRACL de la collectivité : ..... - .....

### ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Lieu de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels de travail :

Circonstances précises et détaillées de l'accident :

### NATURES ET SIEGES DES BLESSURES (*Joindre le certificat médical initial*)

Nature :

Siège :

Latéralité de l'agent (barrer les mentions inutiles) : Droitier    Gaucher    Sans objet

**TEMOINS (Joindre les déclarations des témoins datées et signées)**

OUI  NON

Nom :

Prénom :

**TIERS EN CAUSE**

OUI  NON

Nom :

Prénom :

Si oui, remplir l'enquête tiers en cause dans l'onglet « agent » de la page « invalidité / décès » du dossier e-services.

**TRAJET (Joindre le plan du trajet)**

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel ? OUI  NON

Durée nécessaire habituelle pour parcourir ce trajet ..... h .....min.

Le trajet a-t-il été :

✓ Détourné ? OUI  NON   
✓ Interrompu ? OUI  NON

Si oui,

➤ Motifs :

➤ L'accident est-il arrivé (barrer la mention inutile),  
Pendant l'interruption de trajet ? Après l'interruption de trajet ?

Un constat amiable a-t-il été établi ? OUI  NON

Un constat de police ou un rapport de gendarmerie a-t-il été établi ?  
(Joindre obligatoirement ce document) OUI  NON

**Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (\*)**

A....., le.....

A....., le.....

Signature de l'agent :

Signature et cachet du responsable du service :

**(\*) En cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée**