

Service liquidateur
des prestations

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE SERVICE

à adresser en 2 exemplaires (1) au service liquidateur des prestations dans les 48 heures suivant l'accident.

En cas d'accident survenu à un agent auxiliaire ou contractuel, un 3^e exemplaire doit être envoyé à l'Inspecteur du travail du lieu de l'accident

EMPLOYEUR

Établissement ou Service payeur : _____

Partie réservée à l'Administration

N° du dossier : _____

Adresse : _____

NOM et qualité du Chef d'Établissement ou de service : _____

Numéro de téléphone : _____

VICTIME

NOM : _____

(En majuscules d'imprimerie)

Nom de jeune fille : _____

(S'il y a lieu)

Prénoms : _____

Adresse { _____

Age : _____

Sexe : _____

Date d'embauchage : _____

Corps auquel appartient l'agent : _____

(2)

TITULAIRE

STAGIAIRE

AUXILIAIRE

CONTRACTUEL

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale
ou, à défaut, date de naissance : _____

ACCIDENT

Date (préciser le jour de la semaine) : _____ [Veille ou lendemain de congé (2) Heure (de 0 à 24 h) : _____

Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : _____

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : _____ de _____ h à _____ h, de _____ h à _____ h

Lieu de l'accident (3) : _____

Nature des lésions (3) : _____

Siège des lésions (3)

(en précisant, s'il y a lieu, le
le côté : droit ou gauche)

Élément matériel : _____

Circonstances détaillées
de l'accident { _____

Lieu où a été trans-
portée la victime { _____

Est-elle hospitalisée? _____ Où? _____

Suite probable (2) : _____

SANS ARRÊT DE TRAVAIL

AVEC ARRÊT DE TRAVAIL SUPÉRIEUR A 24 HEURES

DÉCÈS IMMÉDIAT

L'accident a-t-il fait d'autres victimes?

TÉMOINS

Noms, prénoms
et adresses { _____

Un rapport de police a-
t-il été établi? et par qui? { _____

ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers { _____

Compagnie d'assurance
du tiers { _____

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

du mois précédant l'accident (si la victime n'est pas titulaire) :

Période

Montant brut

Indemn. résidence

Prime transport

Suppl. familial

Heures supplém.

Divers (5)

Retenues S. S.

Nom et qualité du signataire (l'employeur) [4] : _____

A _____, le _____

(1) En trois exemplaires dans l'Académie de Paris

(2) Rayer les mentions inutiles.

(3) Voir au verso.

(4) Ou la victime dans le cas où l'employeur se refuserait à signer.

(5) Indiquer ici, le cas échéant, le tiers de la dernière prime de technicité (pour les dactylos et sténos auxiliaires) et les avantages en nature (N = nourriture, L = logement).

Cachet de l'Établissement ou service

Signature :

Les listes ci-dessous ne sont données qu'à titre d'indication. Elles n'excluent pas les précisions complémentaires que l'employeur serait en mesure de fournir

LIEU DE L'ACCIDENT

Trajet aller, trajet retour (*du domicile au lieu de travail*).
Déplacement pendant les heures de travail pour le compte de l'employeur.
Lieu de travail habituel (*atelier*).
Lieu de travail habituel (*chantier*).
Lieu de travail occasionnel.
Domicile du travailleur.

NATURE DES LÉSIONS

Fracture.
Brûlure.
Gelure.
Amputation.
Plaie (*coupure, écorchure, autres plaies*) sauf piqûre.
Piqûre.
Contusion.
Inflammation.
Entorse.
Luxation.
Asphyxie.
Commotion.
Présence d'un corps étranger.
Hernie.
Lumbago.
Intoxication.
Dermite.
Troubles visuels.
Troubles auditifs.
Déchirures musculaires *ou* tendineuses.
Lésions nerveuses.

SIÈGE DES LÉSIONS

Tête (*yeux exceptés*).
Yeux.
Membres supérieurs (*mains exceptées*).
Main.
Tronc.
Membres inférieurs (*pieds exceptés*).
Pied.
Sièges internes.