ACADÉMIE
DE GUYANE
Liberté
Égalité
Fraternité

Division des Pensions et de la Coordination Paye

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE, DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Cadre à remplir par la DPCP :

N° du dossier :…….....

Pour tout renseignement sur la déclaration d'un accident, consulter la page concernée sur le site du rectorat :
http://personnels.ac-guyane.fr *Contact :* accidentsdutravail@ac-guyane.fr

• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Nom patronymique : ….....

Nom d'usage : ….....

Prénoms : ….....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse personnelle : ….....

….....

Ville : …..... Code postal : |__|__|__|__|__|

Téléphone mobile : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Téléphone fixe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Courriel professionnel (obligatoire) : ….....@ac-guyane.fr

Autre courriel (optionnel) : ….....@….....

N° INSEE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou plusieurs accident(s) professionnel(s) ? Si oui, date, nature et taux éventuel d'IPP du (des) précédent(s) accident(s) : ….....

….....…

• SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE DE L'AGENT :

Etablissement d'affectation et ville : ….....

• SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT AU MOMENT DE L'ACCIDENT :

☐ **Stagiaire :** Catégorie ☐ A - ☐ B - ☐ C ☐ **Titulaire :** Catégorie ☐ A - ☐ B - ☐ C ☐ **Contractuel(le) :** Contrat égal / supérieur à un an	***Les demandes seront envoyées au Rectorat et traitées par le bureau des accidents de service (DPCP).*** *NB : les AED/AESH dépendent de l'établissement mutualisateur.*
☐ **Contractuel(le) :** Contrat inférieur à un an ou emploi à temps incomplet	***Les demandes seront envoyées au Rectorat qui les transmettra à la Caisse Générale de Sécurité Sociale, en charge de la gestion et du suivi des dossiers.***

CORPS ET GRADE (en toutes lettres) : .....…

• HORAIRES DE SERVICE DE L'AGENT LE JOUR DE L'ACCIDENT :

☐ **Matin** : de |__|__| H |__|__| à |__|__| H |__|__|

☐ **Après-midi** : de |__|__| H |__|__| à |__|__| H |__|__|

- **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :**

Date de l'accident : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Heure : |__|__| H |__|__|

- **LIEU PRECIS OU S'EST PRODUIT L'ACCIDENT (fournir un plan si nécessaire) :**

……

- **TYPE D'ACCIDENT :** (cocher la case correspondante)

☐ Accident de service ou du travail (dans les locaux de l'administration) ☐ Accident de trajet

- **CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT** : ***(En cas d'accident de trajet, compléter et joindre également le document « Annexe 1 » en page 5)***

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

- **NATURE DES LESIONS (fracture, entorse, brûlure, hématome, plaie, morsure etc.) :**

……

- **SIEGE DES LESIONS (Tête, membres, corps etc., latéralité droite/gauche...) :**

……

- **Si l'accident a été causé par un tiers, indiquer OBLIGATOIREMENT :**

Nom et prénoms du tiers impliqué : ……

Nom de son assurance et éventuellement numéro de police d'assurance : ……

……

- **DATE DU CERTIFICAT MEDICAL INITIAL :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ Sans arrêt de travail ☐ Sans soin ☐ Avec soin

☐ Avec arrêt de travail du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

- **TEMOIN PRINCIPAL(E) :**

Nom : .....Prénom : .....

Téléphone mobile : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Téléphone fixe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse personnelle : ….....

….....

Ville : …..... Code postal : ….....

Déposition du témoin de l'accident :

….....

….....

.....

….....

.....

….....

.....

….....

.....

….....

.....

Date : |__|__| |__|__| |__|__|__| Signature du témoin :

- **L'ACCIDENT A-T-IL EU D'AUTRES TEMOINS ?**

☐ NON ☐ OUI : ***Si oui, faire remplir le document « Annexe 2 » en page 6 ou joindre leur(s) déclaration(s) datée(s) et signée(s) sur feuilles libres.***

Je soussigné(e), (prénom, nom).....

☐ **certifie sur l'honneur l'exactitude des causes et circonstances de l'accident.**

☐ **comprends que ma déclaration ne vaut pas automatiquement reconnaissance de l'imputabilité au service par l'administration.**

Fait à …....., le |__|__| |__|__| |__|__|__|

Signature de l'agent :

Dossier à expédier par le supérieur hiérarchique

avec les annexes et après rédaction de son rapport

au Rectorat – DPCP

UNIQUEMENT PAR COURRIEL : *accidentsdutravail@ac-guyane.fr*

Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

RAPPORT OBLIGATOIRE DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE :

DATE ET L'HEURE À LAQUELLE LA VICTIME VOUS A DÉCLARÉ L'ACCIDENT : DATE : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| HEURE : |__|__| H |__|__|

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

NB : POUR LES AGENTS EXERÇANT DANS LES ÉCOLES, UN RAPPORT DE LA DIRECTRICE / DU DIRECTEUR PEUT ÊTRE UTILE

Fait à ………………………………………………………., le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Nom et qualité du supérieur hiérarchique : ……………………………………………………………………………

Courriel professionnel (obligatoire) : ……………………………………………………@ac-guyane.fr

<u>Cachet et Signature du supérieur hiérarchique :</u>

ANNEXE 1 - à joindre *uniquement* en cas d'ACCIDENT DE TRAJET

Pour un accident de la route, joindre une copie du constat, pour les autres cas joindre la déclaration d'accident faite auprès de votre assurance accompagnée d'un croquis ainsi que de tout document permettant d'objectiver la situation.

- **1- L'accident est-il survenu lors d'un trajet lié à une mission ou à un déplacement professionnel exceptionnel?**

☐ NON

☐ OUI : joindre une copie de l'ordre de mission signé du supérieur hiérarchique.

- **2- L'accident est-il survenu sur le trajet habituel aller ou retour du domicile au lieu de travail ?**

☐ NON. Autre trajet : préciser lequel et pourquoi :

….....

☐ OUI : joindre une copie de l'emploi du temps signé du supérieur hiérarchique

☐ **Trajet ALLER** : Heure de départ du domicile : |__|__| H |__|__|

Heure à laquelle l'accidenté(e) commence d'habitude son travail : |__|__| H |__|__|

☐ **Trajet RETOUR** : Heure de départ du lieu de travail : |__|__| H |__|__|

Heure à laquelle l'accidenté(e) quitte d'habitude son lieu de travail : |__|__| H |__|__|

- **3- L'accident est-il survenu sur le trajet de ou vers le lieu habituel des repas ?**

☐ NON

☐ OUI : joindre une copie de l'emploi du temps signé du supérieur hiérarchique

☐ **Trajet ALLER** : Heure de départ du domicile : |__|__| H |__|__|

Heure à laquelle l'accidenté(e) commence d'habitude son travail : |__|__| H |__|__|

☐ **Trajet RETOUR** : Heure de départ du lieu de travail : |__|__| H |__|__|

Heure à laquelle l'accidenté(e) quitte d'habitude son lieu de travail : |__|__| H |__|__|

- **4- Le trajet a-t-il été interrompu ?**

☐ NON

☐ OUI. Motifs :.....

….....

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? ☐ Avant ☐ Après

- **5- L'accident a-t-il été causé par un tiers ?**

☐ NON

☐ OUI. Nom et prénom de l'auteur de l'accident : ….....

Adresse : ….....

Nom et adresse de l'assurance : ….....

N° de police d'assurance : ….....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ?

☐ NON ☐ OUI (joindre une copie)

ANNEXE 2 - AUTRE(S) TEMOIGNAGE(S) à joindre *si nécessaire* :

- **Témoin n°2**

Nom :.....Prénom :.....

Téléphone mobile : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Téléphone fixe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse personnelle : ….....

….....

Ville : …..... Code postal : ….....

Déposition du témoin de l'accident :

….....

.....

.....

.....

….....

.....

.....

….....

.....

.....

Date : Signature du témoin :

- **Témoin n°3**

Nom : .....Prénom : .....

Téléphone mobile : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Téléphone fixe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse personnelle : ….....

….....

Ville : …..... Code postal : ….....

Déposition du témoin de l'accident :

….....

.....

.....

.....

….....

.....

….....

.....

.....

.....

Date : Signature du témoin :