

# DECLARATION

D'INCIDENT

D'ACCIDENT DE TRAVAIL

D'ACCIDENT DE TRAJET

D'ACCIDENT DE TRAVAIL AVEC RISQUES INFECTIEUX

## LA VICTIME

Nom de famille : ..... Service : .....

Prénom : ..... Site +étage : .....

Grade : ..... Statut :  Stagiaire/titulaire  Contractuel(le)

## LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

➤ Date de l'accident/incident : ...../...../..... ➤ Heure : .....

➤ Horaires de travail : .....

**Description de l'accident/incident** : précisez

➤ L'activité exercée au moment de l'accident/incident (toilette, réparation d'un lit, etc): .....

Merci de détailler les circonstances de l'accident/incident : .....

.....

.....

.....

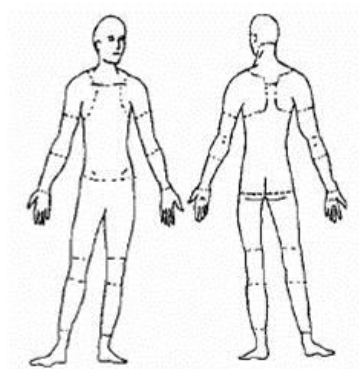
.....

➤ Cause de l'accident/incident (ex : chute, manutention, faux mouvement...) : .....

➤ Siège des lésions : ..... ➤ nature des lésions :  TMS  Plaies/hématomes

Perte de conscience  Troubles cognitifs/sensoriels  Autre, précisez : .....

Si besoin, vous pouvez vous aider de la figure ci-dessous afin de localiser les conséquences de l'AT.



➤ Latéralité :  victime droitier  victime gauchère

**Si un tiers est en cause :**

➡ Nom : ..... ➡ Prénom : .....

➡ Adresse : .....

➡ Société d'assurance : .....

*Joindre  systématiquement  le constat de l'accident si un tiers est en cause.*

<b>LE TEMOIN OU LA PREMIERE PERSONNE AVISEE</b>	<b>LE CADRE</b>
<p>➡ Accident/incident : <input type="checkbox"/> constaté    <input type="checkbox"/> Connu</p> <p>Le : ...../...../.....    Heure : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Par le témoin                    <input type="checkbox"/> par la 1ère personne avisée</p> <p><b><u>ATTENTION</u> : Le témoin est une personne qui a assisté à la scène et qui a vu ou entendu une chose qu'il peut certifier. Il engage alors sa responsabilité</b></p> <p>Nom et prénom : .....</p> <p>Signature :</p> <p><b><u>Si pas de témoin</u> : joindre une déclaration sur l'honneur écrite, attestant de la véracité de la déclaration</b></p>	<p>➡ Accident /incident : <input type="checkbox"/> constaté    <input type="checkbox"/> Connu</p> <p>Le : ...../...../.....Heure : .....</p> <p>Nom et prénom : .....</p> <p>Signature :</p> <p><b><u>Si le cadre est absent au moment de l'accident</u> : une copie de la déclaration d'accident de travail doit être transmise aux ressources humaines dans les 48 H. Soumettre l'original au cadre dès son retour avant transmission aux Ressources Humaines</b></p> <p><b><u>La nuit, les week-ends et jours fériés</u> : prévenir la garde administrative en cas d'absence du cadre</b></p>

**S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE TRAJET AVISE**

<p>➡ L'accident est-il survenu sur le trajet habituel ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>➡ Le trajet a t'il été détourné : <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, motifs : .....</p>	<p>➡ Y'a t'il eu un constat amiable ou de police : <input type="checkbox"/> oui (fournir la photocopie)    <input type="checkbox"/> non</p>
---	---

Date et signature de l'agent :

**Visa du Directeur :**

- Imputabilité :  Oui  
 Non  
 Réserve