



Lyon, le 16 octobre 2012

académie  
Lyon

direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Rhône  
éducation  
nationale

Division des personnels  
administratifs et des affaires  
médico-sociales

Bureau DPA2  
Accidents de service

Affaire suivie par :  
Mme ROUGIER

2012-2013

Téléphone :  
04.72.80.69.55  
Télécopie :  
04.72.80.68.64  
Mél.

[ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr](mailto:ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr)  
Site internet :  
<http://www.ia69.ac-lyon.fr>  
21, rue Jaboulay  
69309 Lyon cedex 07

Le Directeur Académique  
des Services de l'Education Nationale

à

Mesdames et Messieurs  
Les Inspecteurs de l'Education nationale,  
Les Directeurs des écoles maternelles et  
élémentaires publiques,  
Les Directeurs des établissements d'enseignement  
spécialisé publics pour le 1<sup>er</sup> degré

**Objet : Gestion des accidents de service / du travail, des maladies professionnelles des personnels enseignants du 1<sup>er</sup> degré du Rhône**

**Références :**

- Articles 34 et 34 bis de la Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires
- Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat
- Circulaire interministérielle n° 1711, 34/CMS et 2B 9 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service
- Circulaire n° 91-084 du 9 avril 1991 relative aux accidents de service des fonctionnaires titulaires et stagiaires de l'Etat
- Circulaire n° 92-237 du 20 août 1992 relative à la réparation des accidents du travail des agents non titulaires de l'Etat

La présente circulaire a pour objet de rappeler les principales notions en matière d'accident de service, du travail et hors service, et de maladie professionnelle ainsi que les règles de procédure.

**I - ACCIDENT DE SERVICE / ACCIDENT DU TRAVAIL**

**A Définitions générales.**

**1°) L'accident de service :**

C'est l'accident survenu à un fonctionnaire titulaire ou stagiaire, soit sur les lieux d'exercice des fonctions, soit au cours d'un déplacement effectué dans le cadre d'une mission ou pour les besoins du service sur ordre ou avec l'accord des autorités hiérarchiques.

➤ *Cas particuliers :*

- *l'accident de trajet* concerne le déplacement effectué par le fonctionnaire qui se rend de son domicile à son lieu de travail ou en revient.

- *l'accident résultant d'agression* : un incident, ou une agression (verbale ou physique) d'un agent peut donner lieu à une déclaration d'accident de service en cas de lésions physiques ou de traumatisme psychique médicalement constatés.

**2°) L'accident du travail :**

C'est l'accident survenu à un agent non titulaire de l'Etat, soit sur les lieux d'exercice des fonctions, soit au cours d'un déplacement effectué dans le cadre d'une mission ou pour les besoins du service sur ordre ou avec l'accord des autorités hiérarchiques.

**B Procédure.**

**1°) Accident de service des fonctionnaires titulaires et stagiaires :**

o *Dès la survenance de l'accident :*

La victime doit avertir son supérieur hiérarchique qui lui remet un certificat de prise en charge (ANNEXE 1)

Le chef de service doit, dans tous les cas, établir une déclaration d'accident (ANNEXE 2) et la transmettre au service chargé d'instruire les dossiers d'accident (*Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Rhône (DSDEN) - Bureau DPA 2*).

La victime doit faire constater médicalement les blessures de l'accident par un médecin qui lui remet un certificat médical initial.

Le supérieur hiérarchique doit s'assurer de la réalité des faits et remplir le document « enquête sur l'accident de service / du travail » (ANNEXE 3) dans lequel il établit les circonstances de l'accident. Il transmet ensuite le dossier au service de la DSDEN chargé d'instruire les dossiers d'accident de service (*Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Rhône (DSDEN) - Bureau DPA 2*).

o *Constitution du dossier : les pièces à fournir*

1. Déclaration d'accident de service à transmettre par la voie hiérarchique (ANNEXE 2)
2. Rapport d'enquête (ANNEXE 3)
3. Le cas échéant, l'ordre de mission, note de service ou convocation indiquant le lieu, la date, la durée et l'objet de la mission établi préalablement à l'accident.
4. Déclaration sur l'honneur de l'intéressé en ce qui concerne l'ancienneté dans le poste de travail le jour de l'accident
5. Le certificat médical initial.
6. En cas de prolongement d'arrêt de travail, les différents certificats
7. L'ensemble des certificats concernant les traitements suivis par la victime.

8. Dès la fin des soins, le certificat médical attestant la guérison ou la consolidation, avec ou sans incapacité permanente partielle.

9. L'ensemble des factures et ordonnances relatives à l'accident et un RIB en vue du remboursement.

➤ En cas d'accident de trajet, fournir les documents suivants en complément :

10. Questionnaire signé par la victime (*ANNEXE 4*)

11. Carte routière plan officiel de la ville où a eu lieu l'accident en y faisant figurer le lieu de l'accident, le point de départ du trajet et le point d'arrivée prévu, le trajet habituellement suivi ainsi que celui suivi le jour de l'accident.

12. Procès-verbal de police ou de gendarmerie dressé lors de l'accident ou constat amiable.

*o Les suites de l'accident :*

- en cas de prolongation de soins ou de congés : transmettre régulièrement les certificats médicaux de prolongation.

- Lorsque à l'issue de congés pour accident reconnu 'imputable' au service, l'accidenté ne peut reprendre son travail à temps complet, celui-ci peut demander à bénéficier d'un temps partiel thérapeutique (article 34 bis Loi du 11 janvier 1984). La demande est à effectuer par courrier accompagné d'un certificat médical mentionnant la nécessité d'un temps partiel thérapeutique deux mois avant la date de début souhaitée.

Le temps partiel thérapeutique peut être accordé par période de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an. Les demandes de prolongation doivent être effectuées un mois avant la date de fin.

*o Précisions complémentaires :*

- il convient de ne fournir un certificat médical final que lorsque la guérison ou la consolidation des blessures liées à l'accident est avérée médicalement.

- un certificat médical de rechute n'est à fournir que lorsque la guérison ou la consolidation a été constatée précédemment. A défaut, il s'agit d'une prolongation pour soins ou pour congés, même si celle-ci intervient après la reprise du travail.

- en cas d'accident ayant entraîné des séquelles constatées par un certificat médical final de consolidation, celles-ci peuvent faire l'objet d'une indemnisation par le versement d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI).

**2°) Accident du travail des agents non titulaires de l'Etat :**

Pour les agents non titulaires, il convient de distinguer deux situations :

- pour ceux qui disposent d'un contrat à temps complet sur une durée de 12 mois consécutifs : les dossiers sont gérés par l'administration, la procédure est la même que pour les fonctionnaires titulaires ou stagiaires (voir ci-dessus).

- pour tous les autres cas, la gestion de l'accident relève de la compétence de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), les dossiers d'accident du travail doivent être remplis sur les imprimés « Sécurité sociale » téléchargeables sur le site Internet de l'assurance maladie à l'adresse suivante :

<http://www.ameli.fr/employeurs/formulaires/index.php> et être envoyés à la CPAM la plus proche du domicile des victimes.

### **C Prise en charge des frais pour les dossiers gérés par l'administration.**

Si l'imputabilité de l'accident au service est reconnue, l'administration prend en charge tous les frais consécutifs à l'accident : honoraires médicaux et chirurgicaux (exceptés les dépassements d'honoraires), les honoraires des auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examens de laboratoires et de fournitures pharmaceutiques.

### **D Recours contre le tiers responsable.**

En cas d'accident de service ou du travail, et notamment d'accident de trajet, causé par un tiers responsable, l'accidenté peut obtenir une réparation complémentaire du préjudice subi de la part du tiers responsable dans les conditions de droit commun.

Par ailleurs, l'administration a la possibilité d'obtenir du tiers responsable le remboursement des traitements et des charges patronales versés pendant l'incapacité temporaire de travail découlant de l'accident par voie de règlement amiable ou par instance judiciaire.

## **II - ACCIDENT HORS SERVICE**

### **A Définition.**

L'accident hors service est l'accident survenu à un agent titulaire ou non titulaire en dehors du service ou du trajet.

### **B Procédure.**

Lorsque l'accident est le fait d'un tiers ET qu'il a entraîné un ou plusieurs jours d'arrêt de travail (et uniquement lorsque ces deux conditions sont remplies) l'accidenté doit informer le Bureau DPA 2 - accidents de service de la DSDEN du Rhône. Il est possible d'utiliser à cet effet le questionnaire relatif aux accidents de trajet (*ANNEXE 4*) en spécifiant qu'il s'agit d'un accident hors service.

### **C Recours contre le tiers responsable.**

En cas d'accident hors service causé par un tiers, une action en réparation civile de l'Etat est exercée par la DSDEN du Rhône pour le remboursement des traitements et des charges patronales versés pendant l'incapacité temporaire de travail découlant de l'accident.

### **III - MALADIES PROFESSIONNELLES // MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE**

#### **A Définitions générales.**

**La maladie professionnelle** : une maladie est dite « professionnelle » si elle est contractée dans l'exercice des fonctions. Il est indispensable que la relation de cause à effet entre la maladie et le service soit établie de manière précise et certaine, sans que ne subsiste aucun doute possible sur l'origine de la maladie. Le fonctionnaire est tenu de fournir la preuve formelle de cette imputabilité.

Il convient de distinguer :

**Les maladies professionnelles contractées en service et réparables** au titre des tableaux de maladies professionnelles qui figurent au code de la sécurité sociale (article L461-2). Les tableaux comportent l'énumération des conditions que l'agent doit remplir pour obtenir une indemnisation. Trois notions sont prises en compte : le risque, la maladie et le délai de prise en charge.

**Les maladies reconnues d'origine professionnelle** contractées en service mais ne rentrant pas dans le champ d'application de ces tableaux.

#### **B Procédure.**

La procédure est semblable à celle des accidents de service.

L'agent titulaire ou stagiaire doit remettre un dossier au service de la DSDEN du Rhône chargé de l'instruction des dossiers de maladie professionnelle (*Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Rhône (DSDEN) - Bureau DPA 2*) dès que la maladie est médicalement constatée.

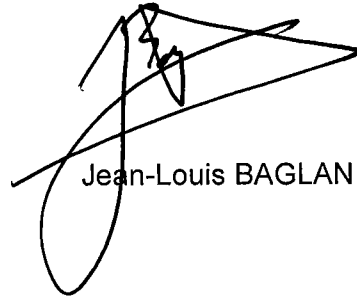
Le supérieur hiérarchique doit s'assurer de la réalité des faits et remplir l'enquête administrative dans laquelle il établira les circonstances exactes et détaillées dans lesquelles l'agent a contracté la maladie professionnelle.

##### *o Constitution du dossier : les pièces à fournir*

- Une déclaration de maladie professionnelle complétée par l'agent concerné et son supérieur hiérarchique (*utiliser le document ANNEXE 2*)
- Le certificat médical initial rédigé par un médecin.
- Les éventuels arrêts de travail
- L'enquête administrative (*ANNEXE 3*) et un rapport du supérieur hiérarchique décrivant les fonctions assurées par l'agent

**C Prise en charge des frais.**

Si la maladie est reconnue imputable au service, les honoraires et frais médicaux directement entraînés par la maladie professionnelle sont à la charge de l'administration.



Jean-Louis BAGLAN

Indication du service liquidateur des prestations :

**Direction des services départementaux de l'éducation nationale  
du Rhône**  
Bureau DPA 2  
21, rue Jaboulay - 69309 LYON CEDEX 07

## CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

(grade et fonction du chef de service) certifie que M \_\_\_\_\_

a été victime d'un accident de service.

M \_\_\_\_\_ fonctionnaire  
(titulaire ou stagiaire) relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. En conséquence, les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à cet accident de service seront pris en charge par le Ministère de l'Education nationale dans les conditions prévues par l'article 34 du statut général des fonctionnaires de l'Etat et par la circulaire interministérielle n°1711, 34/CMS et B9 du 30 janvier 1989.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

**Signature :**

### Il est précisé :

1° - que cette décision provisoire ne peut être prise que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service.

2° - que cette attestation ne lie pas le comité médical qui doit obligatoirement exprimer son avis sur l'imputabilité de l'accident au service, ni l'administration.

2

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
Cachet du service liquidateur des prestations  
**Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Rhône**  
Bureau D.P.A. 2  
21 rue Jaboulay – 69309 LYON CEDEX 07

**Feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle**  
(volet à conserver par l'assuré)

Accident de service \_\_\_\_\_

Survenu le _____ à _____ heures _____
Déclaré le _____ à _____

Accidenté \_\_\_\_\_

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center; font-size: small;">Numéro d'immatriculation</td> </tr> </table>											Numéro d'immatriculation										Nom : _____ (en majuscules d'imprimerie)
Numéro d'immatriculation																					
Grade : _____	Prénom : _____ Age : _____																				
Adresse : Rue _____ N° _____																					
Arrondissement ou commune : _____ Département _____																					

Service ou établissement _____	Désignation et adresse du service ou établissement
--------------------------------	---

Date des actes médicaux	PRESCR. 1 Lit 2 Chambre 3 Sortie autorisée 4 Pas arrêt de travail	Nature des actes médicaux	Délivrance du certificat médical	Délivrance d'ordonnance	Signature du médecin	Cachet du pharmacien	Montant de la facture

**Volet à conserver jusqu'à la fin des soins. Ensuite, le remettre sans délai au service chargé d'assurer le versement des prestations.**

Vérifiez que votre adresse personnelle figurant sur ces documents est exacte et conforme à celle qui doit figurer sur la déclaration d'accident ; le cas échéant avisez votre employeur des modifications qu'il y aurait lieu d'y apporter.



Date des actes médicaux	PRESCR. 1 Lit 2 Chambre 3 Sortie autorisée* 4 Pas arrêt de travail	Nature des actes médicaux	Délivrance du certificat médical	Délivrance d'ordonnance	Signature du médecin	Cachet du pharmacien	Montant de la facture

\*Sorties autorisées dans un but thérapeutique de \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h

**LES SORTIES NE PEUVENT ETRE AUTORISEES  
QU'ENTRE DIX HEURES ET SEIZE HEURES**

**Relevé des honoraires médicaux**  
(volet à remettre au médecin)

Accident de service

Survenu le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_  
Déclaré le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Accidenté

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'immatriculation

Nom : \_\_\_\_\_  
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

Adresse : Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Arrondissement ou commune : \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_

Service ou établissement

Désignation et adresse  
du service ou établissement

**CADRE RESERVE AU PRATICIEN**

Le praticien soussigné déclare que, pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

--

Cachet du médecin

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Signature du praticien :*

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

**NOTES D'HONORAIRES**

Date de l'acte médical	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coefficient	Ind. Kil. Nombre de km	Certificats médicaux	Décompte du médecin
				TOTAL.....	

*Adressez votre note d'honoraires au service dont relève l'accidenté.*

2

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
Cachet du service liquidateur des prestations  
**Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Rhône**  
Bureau D.P.A. 2  
21 rue Jaboulay – 69309 LYON CEDEX 07

**Relevé des honoraires médicaux**  
(volet à remettre au médecin)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____
Déclaré le _____ à _____

Accidenté

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Numéro d'immatriculation											Nom : _____ (en majuscules d'imprimerie)
Grade : _____	Prénom : _____ Age : _____										
Adresse : Rue _____ N° _____											
Arrondissement ou commune : _____	Département _____										

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement
--------------------------	---

**CADRE RESERVE AU PRATICIEN**

Le praticien soussigné déclare que, pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

[ ]

[ ] Cachet du médecin [ ]

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Signature du praticien :*

[ ]

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

## NOTES D'HONORAIRES

Date de l'acte médical	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coefficient	Ind. Kil. Nombre de km	Certificats médicaux	Décompte du médecin
				TOTAL.....	

*Adressez votre note d'honoraires au service dont relève l'accidenté.*

2

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
Cachet du service liquidateur des prestations  
**Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Rhône**  
Bureau D.P.A. 2  
21 rue Jaboulay – 69309 LYON CEDEX 07

**Relevé de prescriptions pharmaceutiques**  
(volet à remettre au pharmacien)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____
Déclaré le _____ à _____

Accidenté

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Numéro d'immatriculation											Nom : _____ (en majuscules d'imprimerie)
Grade : _____	Prénom : _____ Age : _____										
Adresse : Rue _____ N° _____											
Arrondissement ou commune : _____	Département _____										

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement
--------------------------	---

**CADRE RESERVE AU PHARMACIEN**

Le pharmacien soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des fournitures pharmaceutiques prescrites médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été faites, et que, décomptées au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, elles s'élèvent à la somme globale de :

[ ]

[ ] Cachet du pharmacien [ ]

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

*Signature du pharmacien :*

[ ]

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

**RELEVÉ RECAPITULATIF  
DES FOURNITURES PHARMACEUTIQUES**

ORDONNANCE DU	EXECUTÉE LE	MONTANT
TOTAL.....		

*Adressez votre facture  
au service liquidateur des prestations.*

2

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
Cachet du service liquidateur des prestations  
**Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Rhône**  
Bureau D.P.A. 2  
21 rue Jaboulay – 69309 LYON CEDEX 07

**Relevé des honoraires de l'auxiliaire médical**  
(volet à remettre à l'auxiliaire médical)

Accident de service

Survenu le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_  
Déclaré le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Accidenté

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p>Numéro d'immatriculation</p>											Nom : _____ (en majuscules d'imprimerie)
Grade : _____	Prénom : _____ Age : _____										
Adresse : Rue _____ N° _____											
Arrondissement ou commune : _____	Département _____										

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement
--------------------------	---

CADRE RESERVE A L'AUXILIAIRE MEDICAL

L'auxiliaire médical soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des soins prescrits médicalement par les ordonnances et suivant accord ci-joint ont été donnés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

Cachet de l'auxiliaire médical

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Signature de l'auxiliaire médical :*

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.



## NOTES D'HONORAIRES

Date des soins	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coefficient	Ind. Kil. Nombre de km		Décompte de l'auxiliaire médical
				TOTAL.....	

*Adressez votre note d'honoraires  
au service liquidateur des prestations*

2

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
Cachet du service liquidateur des prestations  
**Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Rhône**  
Bureau D.P.A. 2  
21 rue Jaboulay – 69309 LYON CEDEX 07

**Feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle**  
(volet à conserver par l'assuré)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____
Déclaré le _____ à _____

Accidenté

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Numéro d'immatriculation											Nom : _____ (en majuscules d'imprimerie)
Grade : _____	Prénom : _____ Age : _____										
Adresse : Rue _____ N° _____											
Arrondissement ou commune : _____	Département _____										

Service ou établissement

	Désignation et adresse du service ou établissement
--	---

**DEMANDE DE RENOUELEMENT  
DE LA FEUILLE D'ACCIDENT**

Date de la demande de renouvellement : \_\_\_\_\_

*Signature de l'accidenté :*

La demande de renouvellement de la feuille d'accident doit être adressée ou remise par l'assuré à l'organisme débiteur des prestations.

Cette demande de renouvellement permet à l'accidenté d'obtenir une nouvelle feuille soit parce que celle-ci a été entièrement utilisée, soit parce que le blessé est dans l'obligation de consulter un autre praticien.

Dans le premier cas la feuille d'accident entièrement utilisée doit être remise à l'organisme débiteur des prestations en même temps que la demande.

**Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (code de la sécurité sociale, article L 432-3)**

Adresse : \_\_\_\_\_

Service liquidateur des prestations : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DU TRAVAIL - PERSONNEL

### A remplir par l'établissement d'exercice des fonctions à l'exclusion des zones grisées :

Cette déclaration doit être adressée, immédiatement après l'accident, en trois exemplaires, au service concerné, accompagnée des rapports des témoins et du certificat médical initial constatant les lésions corporelles.

						Le numéro de dossier est attribué par l'I.A.					

Établissement déclarant l'accident

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéro national			Section	Lieu (1)	Nature des lésions (1)		Tiers (3)	Date de l'accident		

**VICTIME**

	<input type="text"/>				<input type="text"/>
Numéro de sécurité sociale		Date de naissance		Date de naissance	
NOM de jeune fille (éventuellement)					
<input type="text"/>					
Nom et prénom (une lettre par case, une case vide entre le nom et le prénom)					

QUALITÉ DE LA VICTIME (1) et (2) :

PERSONNEL TITULAIRE  PERSONNEL NON TITULAIRE

ADRESSE DE LA VICTIME : \_\_\_\_\_

Corps de fonctionnaire auquel appartient l'agent : \_\_\_\_\_  
Fonctions exercées : \_\_\_\_\_  
Autres renseignements : \_\_\_\_\_

**ACCIDENT :** Date et heure de l'accident : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ mn  
(préciser le jour de la semaine) J M A De 0 à 24 heures

Heure de travail de la victime le jour de l'accident : de \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h et de \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h.

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Siège et nature des lésions (2) : \_\_\_\_\_  
(en précisant, s'il y a lieu, le côté droit ou gauche)

Circonstances détaillées de l'accident : \_\_\_\_\_

Lieu où a été transportée la victime : \_\_\_\_\_

Suite probable (2) : SANS ARRÊT DE TRAVAIL  AVEC ARRÊT DE TRAVAIL SUPÉRIEUR A 24 HEURES  DÉCÈS IMMÉDIAT

### TÉMOINS

NOM, prénom et adresse : \_\_\_\_\_

NOM, prénom et adresse : \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un rapport de police ?  OUI  NON

Établi par qui ? : \_\_\_\_\_

### ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

OUI  NON

Si OUI, avez-vous demandé une indemnité à un tribunal ou à une compagnie d'assurances ?  OUI  NON

NOM et adresse du tiers : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurances du tiers (nom et adresse) : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Nom et qualité du chef de service ou d'établissement déclarant l'accident :

Signature et cochet

(1) Voir au verso  
(2) Cocher la case correspondante  
(3) Cocher la case en cas d'accident causé par un tiers

**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

##### PERSONNEL

1. Trajet avec tiers
2. Trajet sans tiers
3. Lieu de travail habituel
4. Lieu de travail occasionnel

#### PERSONNEL NON TITULAIRE

Personnels contractuels  
Instituteur suppléant  
Instituteur remplaçant  
Surveillant d'externat et maître d'internat exerçant à temps complet sur un poste à l'année

#### NATURE DES LÉSIONS

- |  |   |
|--|---|
| 01. Fracture                           | 15. Douleurs                              |
| 02. Brûlure                            | 16. Lumbago                               |
| 03. Gelure                             | 17. Intoxication                          |
| 04. Amputation                         | 18. Dermite                               |
| 05. Plaie (coupure, écorchure, autres) | 19. Troubles visuels                      |
| 06. Piqûre                             | 20. Troubles auditifs                     |
| 07. Contusion                          | 21. Déchirures musculaires ou tendineuses |
| 08. Inflammation                       | 22. Lésions nerveuses                     |
| 09. Entorse                            | 23. Lésions dentaires                     |
| 10. Luxation                           | 24. Traumatisme crânien                   |
| 11. Asphyxie                           | 25. Autre traumatisme                     |
| 12. Commotion                          | 26. Hématome                              |
| 13. Présence d'un corps étranger       | 27. Divers                                |
| 14. Hernie                             |   |

#### SIÈGE DES LÉSIONS

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

académie  
Lyon



direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Rhône  
éducation  
nationale

21 rue Jaboulay  
69309 LYON Cedex 07

## ENQUETE

### SUR L'ACCIDENT DE SERVICE / DU TRAVAIL

Survenu à M \_\_\_\_\_

Etablissement, Ecole ou Service \_\_\_\_\_

#### Déclaration de la victime de l'accident :

- |   |       |
|---|-------|
| 1- Nom et prénoms de la victime .....                                 | _____ |
| 2- Date de naissance de la victime .....                              | _____ |
| 3- Lieu de naissance.....   | _____ |
| 4- Nationalité de la victime .....                                    | _____ |
| 5- Résidence de la victime .....                                      | _____ |
| 6- Ecole où elle exerce ses fonctions .....                           | _____ |
| 7- Domicile et adresse exacte de la victime .....                     | _____ |
| 8- Situation de famille : célibataire, marié(e) .....                 | _____ |
| 9- Nombre d'enfants – âge .....                                       | _____ |
| 10- La victime est-elle : titulaire ? auxiliaire, contractuelle ? ... | _____ |
| 11- Grade - Classe de traitement ou échelon .....                     | _____ |
| 12- Date de l'accident .....  | _____ |
| 13- Jour de la semaine .....  | _____ |
| 14- Heure exacte de l'accident .....                                  | _____ |
| 15- Localité .....  | _____ |
| 16- Lieu de l'accident .....  | _____ |

17- **Déposition de la victime** : Résumé de l'accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18- Quels ont été les témoins de l'accident ? (Nom, prénom, profession, résidence) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Déposition du ou des témoins** (ce qu'ils ont vu et entendu) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19- S'il n'y a pas eu de témoins oculaires, à quelle  
personne l'accident a-t-il été déclaré en premier  
lieu ? { \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature de la victime :

Signature des témoins :



30- L'accident est-il arrivé avant ou après l'interruption du trajet ? .....

31- Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? .....

32- La police ou la gendarmerie a-t-elle été appelée sur les lieux de l'accident ? (joindre si possible le constat de l'accident et le procès-verbal de gendarmerie) .....

33- L'accident a-t-il été causé par un tiers ? .....

34- Nom et prénoms .....

Adresse .....

Profession .....

35- Cette tierce personne est-elle assurée ? .....

Nom et adresse de l'assureur .....

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## RAPPORT DU CHEF DE SERVICE <sup>(1)</sup>

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature,

(1) Chef d'établissement ou inspecteur



## MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Désignation du service liquidateur des prestations	Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Rhône Bureau D.P.A. 2 21 rue Jaboulay - 69309 LYON CEDEX 07 ☎ 04.72.80.69.55 - Télécopie : 04.72.80.68.64
--	--

## QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est à remplir soigneusement par l'agent victime d'accident de trajet et doit être renvoyé dans les meilleurs délais à l'adresse citée ci-dessus.

NOM : ..... Prénoms : .....  
 (Nom et prénoms en lettres majuscules)

Adresse : .....

Nom et adresse du service : .....

Le blessé a-t'il été hospitalisé ? ..... Où ? .....

DATE DE L'ACCIDENT :                   HEURE :              LIEU : .....

Jour
Mois
Année
H
Mn

Pendant votre travail ? OUI  NON  En y allant ? OUI  NON  En revenant ? OUI  NON

Indiquer s'il y a eu détour ou interruption du trajet direct : OUI  NON

Expliquer de façon précise comment l'accident est arrivé : .....

Qui d'après-vous est responsable ? : .....

(Nom et adresse du tiers) .....

Pourquoi ? .....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie a-t'il été dressé ?    OUI     NON

Si OUI, précisez par qui ? .....

Avez-vous déposé plainte ?    OUI     NON

Nom et adresse des témoins : .....

Avez-vous l'intention de poursuivre le responsable ?    OUI     NON

Nom et adresse de l'avocat éventuellement choisi par vous : .....

**TRES IMPORTANT** : Il est interdit par la loi de comprendre les prestations servies au titre des A.T. dans la demande que vous présenterez au responsable. Vous êtes invité(e) à nous informer de toute réclamation ou action engagée par vous à cette occasion.

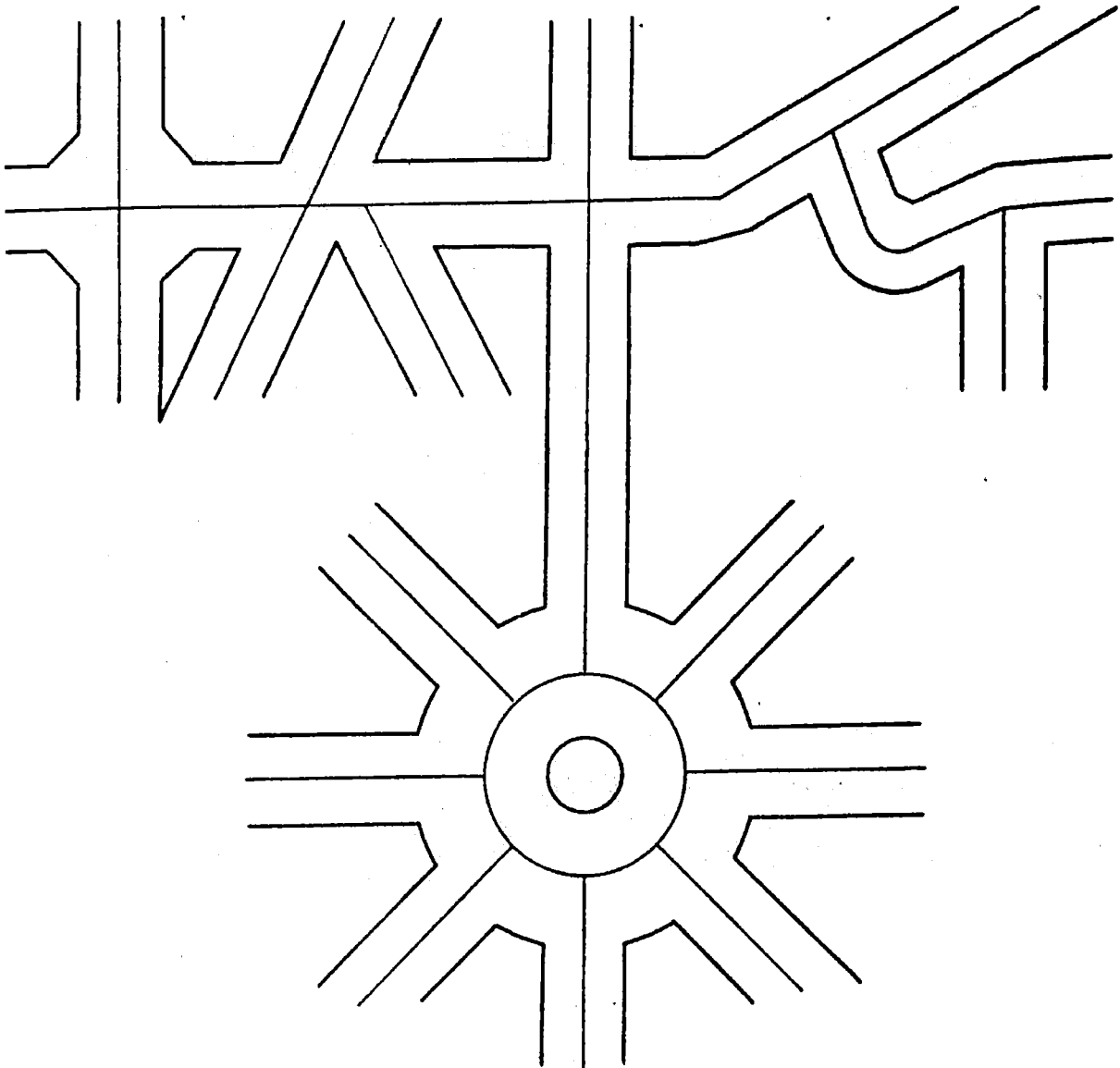
Fait à ....., le .....

Signature,

## ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE

Si le blessé a été victime d'un accident alors qu'il était transporté par un véhicule, prière d'indiquer s'il s'agit :  
d'un transport en commun ..... Lequel? .....  
d'un véhicule particulier ..... Lequel? .....  
appartenant à .....  
En qualité de passager payant (1), gratuit (1) .....  
Compagnie d'assurance du propriétaire du véhicule : .....

CROQUIS A ÉTABLIR AUSSI COMPLÈTEMENT QUE POSSIBLE



(1) Rayer la mention inutile.