**REGISTRE DES ACCIDENTS DE SERVICE BENINS**

Peuvent seulement être consignés dans ce registre les accidents de service bénins dont ont été victime les agents qui dépendent du régime de la CNRACL et qui n’entraînent ni arrêt de travail, ni soins médicaux donnant lieu à une prise charge par un régime d’assurance maladie.

NOM DE LA COLLECTIVITE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGISTRE OUVERT LE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Présentation du registre**

Le registre est conservé par la collectivité, il est tenu à la disposition de :

-de la victime ou de ses ayants droits en ce qui les concerne ;

-des agents habilités à le renseigner ;

-des services de l’Inspection du Travail ;

-de l’Assistant de Prévention ;

-de l’agent chargé de la fonction d’inspection ;

-des membres du Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ;

-du Médecin du Travail.

**Identification des personnes ayant eu accès au registre :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Fonction** | **Organisme** | **Date** | **Signature** | **Observations** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date d’inscription au registre** | **Nom, Prénom de la victime** | **Accident bénin** | **Observations** |
| **Date et heure** | **Lieu** | **Circonstances détaillées** | **Siège des lésions** | **Nature des lésions** | **Soins prodigués (type et nom du soignant)** | **Nom et adresse des témoins** | **Nom et adresse des tiers impliqués** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date d’inscription au registre** | **Nom, Prénom de la victime** | **Accident bénin** | **Observations** |
| **Date et heure** | **Lieu** | **Circonstances détaillées** | **Siège des lésions** | **Nature des lésions** | **Soins prodigués (type et nom du soignant)** | **Nom et adresse des témoins** | **Nom et adresse des tiers impliqués** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |