

REGISTRE DE SUIVI DES DÉCLARATIONS  
D’ACCIDENTS DE SERVICE BÉNINS SURVENUS  
AU COURS DE l’ANNÉE

**20\_ \_**

Nom de la collectivité / Etablissement public :

1. **QUELS ACCIDENTS INSCRIRE DANS LE REGISTRE ?**

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

Les maladies professionnelles ne sont pas concernées.

**2- COMMENT UTILISER LE REGISTRE ?**

L'inscription sur ce registre permet d’assurer la traçabilité d’un accident bénin et des blessures même minimes associées.  
De plus, ce registre, non obligatoire dans les collectivités territoriales, est une source d'information puisque le signalement de tout type d’accident et d’incident permet de renseigner l’employeur sur des risques ou des dysfonctionnements qui doivent être traités afin d’éviter qu’un accident plus grave ne se produise.

**3- CONSULTATION ET CONTRÔLE DU REGISTRE**

Le registre est conservé par la collectivité, il est tenu à disposition :  
- de la victime ou de ses ayants droit en ce qui les concerne,  
- de l’Assistant de Prévention,  
- de l’Agent Chargé de la Fonction d’Inspection,  
- de la Formation Spécialisée en Santé Sécurité et Conditions de Travail  
- du Médecin de prévention.

**DIFFÉRENTS DONNEURS DE SOINS**  
(Cette liste doit être obligatoirement tenue à jour)

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIGNATURE :

1. ***Préciser s’il s’agit d’un médecin, d’une infirmière ou d’un secouriste, d’un assistant de prévention***

**IMPORTANT**

L’inscription dans le registre ne dispense pas de la déclaration auprès de  
votre assureur :

- si la victime le demande,  
- dès qu’une modification de l’état de la victime le nécessite (arrêt de  
travail, soins médicaux donnant lieu à une prise en charge).

**Suivi des accidents de service et de trajet bénins**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° d’ordre**  **(1)** | **Date d’inscription dans le registre**  **(2)** | **Nom, prénom**  **Matricule interne de la victime**  **(3)** | **Date et heure**  **(4)** | **Lieu**  **(5)** | **Circonstances détaillées (indiquer le cas échéant l’appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)**  **(6)** | **Siège des lésions (préciser, s’il y a lieu, droite ou gauche)**  **(7)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature des lésions**  **(8)** | **Nom et adresse des témoins ou de la première personne avisée**  **(9)** | **Nom et adresse des tiers impliqués extérieurs à l’établissement**  **(10)** | **Signature du donneur de soins**  **(11)** | **Signature de la victime**  **(12)** | **Observations (Date de la déclaration d’accident de service éventuellement)**  **(13)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |