

## Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et Conditions de Travail

### DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE A LA FSSCT

#### COLLECTIVITE :

Merci de compléter tous les encadrés

#### VICTIME DE L'ACCIDENT

Grade: \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_ Statut : \_\_\_\_\_  
 Nom et Prénom : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le :    /    /

#### ACCIDENT

Accident de service     Accident de trajet   
 Date :    /    /    Heure :    H  
 Horaire de travail de l'accidenté le jour de l'accident : \_\_\_\_\_  
 Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_  
 Habituel     Exceptionnel

#### EXPOSE DES FAITS

*(Merci de détailler précisément les faits)*

#### NATURE ET SIEGE DES LESIONS

*(Merci de cocher la ou les cases correspondantes)*

##### Nature

- Brûlure
- Entorse
- Fracture, fêlure
- Lumbago
- Luxation
- Piqûre
- Plaie, Coupure
- Traumatisme
- Autre : .....

##### Siège

- Dos et colonne vertébrale
- Main et poignet
- Membre inférieur
- Membre supérieur
- Œil
- Pied et cheville
- Tête
- Tronc
- Autre : .....

#### TEMOIN

L'agent était-il seul au moment de l'accident ?    Oui     Non   
 Nom et prénom du témoin \_\_\_\_\_    Signature \_\_\_\_\_  
 Un rapport de police a-t-il été établi?    Oui     Non     Si oui, par \_\_\_\_\_

#### ARRET DE TRAVAIL

Oui     Non     Durée présumée : \_\_\_\_\_  
 Nom du Médecin : \_\_\_\_\_    Lieu où la victime a été transportée : \_\_\_\_\_

## IMPUTABILITE AU SERVICE

Agent régime <b>CNRACL</b>	L'autorité territoriale a reconnu le caractère imputable au service de l'accident qui fait l'objet de cette déclaration à la date du .....
Agent régime <b>IRCANTEC</b>	La Caisse Primaire d'Assurance Maladie a reconnu le caractère professionnel de l'accident qui fait l'objet de cette déclaration à la date du .....

## INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

- La collectivité ou établissement possède-t-elle/il son DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels) *article R4121-1 du Code du Travail* ? Oui  Non
- Le DUERP est-il à jour ? Oui  Non
- L'assistant de prévention a-t-il été informé de l'accident (*décret n°85-603 du 10 juin 1985*) ?  
Oui  Non  Pas d'assistant de prévention
- La collectivité et/ou l'assistant de prévention a-t-elle/ont-ils procédé(e)s à l'analyse des risques (arbre des causes) ?  
Oui  Non (pourquoi ?)
- Une trousse de secours était-elle sur les lieux de l'accident ? Oui  Non
- Qui a donné les premiers secours ? .....
- La collectivité possède-t-elle un ou plusieurs agents formés aux premiers secours (SST, PSC1...) ?  
Oui  Non
- L'agent était-il à jour de ses vaccinations ? Oui  Non
- L'agent disposait-il (le cas échéant) des Equipements de Protection Individuelle (E.P.I.) nécessaires et adaptés aux tâches qu'il effectuait ?  
**OUI**  *lesquels ?*  
Casque/casque avec visière  Lunettes de protection  Gants  Pantalon de travail   
Chaussures de sécurité  Bouchon d'oreille/ casque anti-bruit  Veste de travail   
Tenue haute visibilité   
Autres (détailler) : .....
- **NON**  *pourquoi ?*
- L'agent connaît-il les instructions d'utilisation du matériel ? Oui  Non
- L'assistant de prévention et/ou la collectivité a-t-elle mis des mesures en place afin d'éviter qu'un nouvel accident ne se renouvelle ?  
Oui  Non   
*Si oui, lesquelles ?*  
✓  
✓  
✓  
✓  
*Si oui, dans quels délais seront-elles mises en place ?*

Fait à

le

Signature et cachet