Déclaration d'accident du travail

A faire parvenir sous les 48 heures au service du personnel

Merci de retourner ce formulaire au CDG60, Service Gestion Contrat Groupe, 2 Rue Jean Monnet – PAE du TILLOY – BP 20807 – 60008 BEAUVAIS cedex.

Date d'envoi : ____/_____/____

Collectivité :

Cachet Signature

Victime

N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Clé** |_|_|

Date de Naissance ____ / ____ / _____ Sexe **M** ❑ **F** ❑

NOM, Prénom .....

(Suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille)

Adresse .....

Entrée dans la collectivité ____ / ____ / ____ Métier (profession) .....

Qualification ..... Ancienneté dans le poste .....

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? ❑ Oui ❑ Non

Accident

❑ Accident de service ❑ Accident de trajet ❑ Maladie Professionnelle ❑ Rechute date : ____ /____ /____

Date : ____ / ____ / ____ Heure : ..... Horaire de travail de la victime : .....

Lieu de l'accident * : |_|_| **Circonstances* :** |_|_|

Elément matériel* : |_|_| **Activité ayant causé l'accident* :** |_|_|

Description de l'accident : .....

.....

.....

.....

Siège des lésions* : |_|_| ❑ Côté gauche ❑ Côté droit

Nature des lésions* : |_|_|

Accident ❑ constaté ❑ connu le ____ / ____ / ____ à heure : _____ par l'employeur ❑ par ses préposées ❑ décrit par la victime ❑

❑ Inscrit au registre d'infirmerie le ____ / ____ / ____ sous le N° _____

Témoins

Un rapport de police a-t-il été établi ? ❑ Oui ❑ Non Par qui ? .....

NOM, Prénom .....

(Suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille)

Adresse .....

Tiers

L'accident a-t-il été causé par un tiers : ❑ Oui ❑ Non N° de police .....

Sté d'assurance du tiers ..... Tél ..... Fax .....

NOM, Prénom .....

(Suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille)

Adresse .....

Nom, prénom du signataire Fait à le ___ / ___ / ___

Qualité Signature et cachet de la collectivité

** Vous reporter à la table de référence*