|  |  |
| --- | --- |
| \\Serv-oise\public\Direction\COMMUNICATION\CHARTE GRAPHIQUE CDG\LOGO CDG\Logo COULEUR\LOGO courrier en tete.jpg | **Formulaire de déclaration d’accident de service –**  **accident de trajet** |

|  |
| --- |
| Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d’être victime d’un accident de service ou de trajet.  Conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-20 du **Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987**, vous devez transmettre à votre autorité territoriale, une déclaration comportant :   * Le présent formulaire précisant les circonstances de l’accident ; * Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l’accident ainsi que, s’il y a lieu, la durée de l’incapacité de travail en découlant.   Cette déclaration doit être transmise dans un délai de 15 jours à compter de la date de l’accident.  **Si la maladie entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement**  **Rappel des dispositions de l’article 21 bis II et III de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 :**  « *Est présumé imputable au service tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service.*  *Est reconnu imputable au service, lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit en apportent la preuve ou lorsque l'enquête permet à l'autorité administrative de disposer des éléments suffisants, l'accident de trajet dont est victime le fonctionnaire qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service. »*. |

**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET**

**Formulaire à compléter et à transmettre à transmettre à l’autorité territoriale en y joignant obligatoirement un certificat médical**

|  |
| --- |
| **Renseignement concernant la victime :**  Collectivité(s) employeur(s) : ……………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….  Nom, Prénom : ………………………………………………………………………………  Date de naissance : ……/……/……  Date d’affectation sur le poste : ……/……/……  Fonctions exercées : …………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Statut de l’agent :**  Titulaire  Stagiaire  Cadre d’emplois : ……………………………………………………………………………  Grade : ………………………………………………………………………………………  Catégorie A, B, C : ……  Quotité de travail : …… % |

|  |
| --- |
| **Renseignements concernant l’accident :**  Date de l’accident : ……/……/……  Heure de l’accident : ………………  Horaires de travail le jour de l’accident : …………………………………………………….  Horaires habituels (si différents, à expliquer) : ………………………………………………  Lieu précis de l’accident :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....  Préciser s’il s’agit : (plusieurs réponses possibles)  Lieu de travail habituel  Lieu de travail occasionnel  Lieu de restauration habituel  Lieu de télétravail  Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail  Au cours d’une mission pour l’employeur  Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail  Accident de circulation routière (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette …)  Activité de la victime lors de l’accident (Environnement -bureau, escalier, route … et tâche exécutée) :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   Description et nature de l’accident (ex : chute, agression, collision...) :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Attestations de témoins éventuels :**  Oui  Non (en l’absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l’accident)  Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l’administration) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Accident causé par un tiers :**  Oui  Non  Nom, prénom, et adresse du tiers (si connu) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Société d’assurance du tiers (si connu) :  ………………………………………………………………………………………………... |

|  |
| --- |
| **Pièces jointes**  Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d’un arrêté de travail) ;  Témoignages ;  Dépôt de plainte ;  Rapport de police/de gendarmerie/ des pompiers ;  Constat amiable ;  Ordre de mission ;  Bulletin d’hospitalisation ;  Plans (pour accident de trajet, joindre un plan indiquant l’itinéraire emprunté en précisant le départ et l’arrivée, le parcours habituel s’il est différent et l’endroit où s’est produit l’accident) ;  Pli confidentiel – secret médical  **(A l’exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »)**  Autres (à préciser) :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Je soussigné(e) (prénom et nom) ………………………………………………………………

Certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées

Fait à : …………………………………………………….

Le (date de déclaration) : ……/……/……

Signature de l’agent

(ou de son représentant, à préciser, s’il y a lieu)