

FORMULAIRE AGENT POUR LES ACCIDENTS (à remplir en majuscules)
--

Déclaration transmise dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident de service ou accident de trajet.

RENSEIGNEMENTS DE L'AGENT	
NOM Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Téléphone	
Catégorie (A, B ou C)	
Grade	
Fonctions exercées	

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT	
<input type="checkbox"/> Accident de service <u>OU</u> <input type="checkbox"/> Accident de trajet	
Date de l'accident	
Horaire de l'accident	
Horaire de travail le jour de l'accident	
Lieu de l'accident	
Description détaillée de l'accident (lieu où s'est produit l'accident, décrire les travaux habituels/occasionnels effectués, activités ou tâches effectués, comment l'accident s'est produit, les gestes effectués, les produits utilisés, les gestes réalisés avant pendant et après l'accident) :	

AUTRES RENSEIGNEMENTS	
Témoignage(s)	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI ⇒ Nom prénom et qualité : - - -
Accident causé par un tiers	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI ⇒ Nom prénom et adresse <i>si connu</i> : - - -
Pièces à joindre (Les documents à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée sous « pli confidentiel – secret médical »)	Bulletin d'hospitalisation Certificat médical initial + certificats de prolongation Comptes rendus des examens médicaux Témoignage(s) détaillé(s) Dépôt de plainte Rapport de police/gendarmerie/pompiers Constat amiable (<i>si accident de trajet</i>) Plan du trajet (<i>si accident de trajet</i>)

Je soussigné(e),

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à le.....

Signature :