D.A.S.C.C.G.2
Accidents du travail
☏ 03 44 06 45 24

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A T

I) L'ACCIDENT DE SERVICE

C'est l'accident survenu à un personnel dans le cadre de ses fonctions.

A – Déclaration :

- L'accident doit être déclaré immédiatement au supérieur hiérarchique.
Dans les collèges et lycées, les documents sont remis par le chef d'établissement.
Dans les écoles, les documents sont mis à disposition sur le site de l'Inspection Académique.

- La constatation médicale des blessures doit être établie **dans les 48 heures de l'accident.**

NB : **les certificats médicaux ne sont pas transmis à la MGEN,** le risque d'accident étant couvert par l'Administration pour les personnels titulaires, stagiaires et contractuels à temps complet à l'année.

B – Pièces constitutives du dossier :

. *En cas d'accident de service* :

* « la déclaration d'accident de service ou de travail » (pour les stagiaires et titulaires) ou Cerfa n° 60-3682 (pour les contractuels) ; les circonstances et raisons ayant entraîné l'accident doivent être relatées avec précision (date d'embauche, etc...) **Annexe 1**.

La déclaration doit être signée par le supérieur hiérarchique.

* « le certificat médical initial », exemplaire original établi dans les 48 heures de l'accident, doit mentionner la nature et le siège des lésions, (volet violet 1 et 2), la durée des soins ou de l'arrêt de travail, la date et le cachet du médecin souscripteur (ou document de l'infirmerie si la victime n'a pas consulté de médecin).

*« l'enquête sur l'accident » (feuilles 1 à 4), signée par le supérieur hiérarchique, la victime et les témoins

Si aucun témoignage ne peut être recueilli, l'accident de service doit être corroboré par d'autres présomptions ou d'autres moyens de preuve qui découlent de l'enquête menée par l'administration.
Annexe 2.

*«l'ordre de mission, convocation ou note de service « en cas d'accident survenu lors d'activités sportives, socio-éducatives ou culturelles ;

. S'il s'agit d'un accident de trajet :

aux pièces énumérées ci-dessus, il convient d'ajouter :

- le questionnaire signé par la victime, **Annexe 3**
- **le plan sur carte routière ou sur plan de ville, croquis du lieu d'accident** (parking ou domicile), sur lequel doivent être indiqués le domicile, le lieu de travail, le lieu de l'accident et l'itinéraire emprunté (trajet habituel et le plus court). Le trajet s'entend de la résidence habituelle ou lieu de travail dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi.
-**N° de PV, constat amiable et témoignage.**

Attention, tout dossier doit parvenir dûment complété à l'inspection académique dans les 7 jours suivant l'accident.

C – Congé au titre d'un accident :

Le congé accident est accordé par mes services.

Si le congé excède 15 jours, une expertise médicale peut être demandée et la commission de réforme doit émettre un avis sur la relation avec l'accident.

Lorsque la victime bénéficie de prolongation d'arrêt, il convient de m'adresser régulièrement les certificats médicaux (documents originaux également, les feuillets 1 et 2 violet). A la reprise des activités, un certificat de reprise de fonctions doit être délivré.

➢ Certificat final :

La victime doit fournir **obligatoirement** un certificat final de guérison ou de consolidation (il n'est pas obligatoire de retourner à l'hôpital pour l'obtenir ; le médecin traitant peut le délivrer).

➢ Commission de réforme :

Tout dossier susceptible d'être défavorable est soumis à la commission de réforme.

➢ Expertise médicale :

Elle est provoquée par mes services lorsque :

- la commission de réforme le sollicite,
- les arrêts se prolongent dans la durée,
- si des séquelles peuvent être retenues.

Dans l'intérêt des personnels, il est donc conseillé aux accidentés de prendre contact rapidement avec le médecin qui leur sera conseillé.

- la liasse de prise en charge doit être fournie et signée par les chefs d'établissements, **Annexe 4**.

Rappel : les horaires de sortie sont les mêmes que pour les arrêts maladie.

➢ Rechute :
Un certificat médical de rechute permet la réouverture d'un dossier d'accident pour lequel un personnel a été déclaré guéri ou consolidé.

Cependant, la rechute ne peut être prise en considération qu'après expertise médicale et avis de la commission de réforme.
Dans l'attente d'une décision, les frais, arrêt de travail, soins doivent être pris en charge au titre de la maladie (B.O. n°2 du 15 janvier 1987). **Aucune liasse de prise en charge ne doit être délivrée.**

➢ Prise en charge des frais :

Ils sont pris en totalité par mes services à l'exclusion des :
- dépassements d'honoraires,
- suppléments pour chambre particulière suite à hospitalisation, ainsi que du téléphone et de la télévision,
- les soins non reconnus par la Sécurité Sociale,
- ostéopathie à hauteur de 22,00 € si médecin agréé.

En ce qui concerne les frais d'optique : les verres sont pris en charge à 100 % et les frais de monture à 23,00 €.

D'autre part, si certains frais sont à votre charge, il conviendra de me transmettre la facture originale acquittée, accompagnée de votre NUMEN et d'un relevé d'identité bancaire en vue du remboursement.

Pour les demandes de cure thermale et thérapeutique il est **IMPERATIF** de nous les transmettre au minimum 3 mois avant le départ.

Les accidentés devant quitter leur domicile pour des raisons familiales doivent au préalable avertir leur supérieur hiérarchique ainsi que l'Inspection académique et indiquer l'adresse de leur lieu de résidence.

Les personnes se trouvant en prolongation de soins et devant séjourner à l'étranger sont priées d'avertir leur hiérarchie, de prendre contact avec l'Inspection académique afin d'éviter des complications suite à des soins nécessaires à l'étranger.

Les formulaires à remplir sont en annexe.

ANNEXE 1

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

Service liquidateur des prestations

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE SERVICE

à adresser en 2 exemplaires (1) au service liquidateur des prestations dans les 48 heures suivant l'accident.
En cas d'accident survenu à un agent auxiliaire ou contractuel, un 3e exemplaire doit être envoyé à l'Inspecteur du travail du lieu de l'accide

EMPLOYEUR

Partie réservée à l'Administration
N° du dossier :

Établissement *ou* Service payeur :

Adresse :

NOM et qualité du Chef d'Établissement *ou* de Service :

Numéro de téléphone :

VICTIME

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale ou, à défaut, date de naissance :

NOM : (En majuscules d'imprimerie)

Nom de jeune fille : (S'il y a lieu)

Prénoms :

Adresse

Age : Sexe :

Date d'embauchage :

Corps auquel appartient l'agent :

(2) TITULAIRE | STAGIAIRE | AUXILIAIRE | CONTRACTUEL

ACCIDENT

Date (préciser le jour de la semaine) : [Veille ou lendemain de congé (2) Heure (de 0 à 24 h) :

Nombre d'heures écoulées depuis la prise *ou* la reprise du travail par la victime :

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de h à h, de h à h

Lieu de l'accident (3) :

Nature des lésions (3) :

Siège des lésions (3) (en précisant, s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche)

Élément matériel :

Circonstances détaillées de l'accident

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

Lieu où a été transportée la victime

Est-elle hospitalisée? Où?

Suite probable (2) : SANS ARRÊT DE TRAVAIL | AVEC ARRÊT DE TRAVAIL SUPÉRIEUR A 24 HEURES | DÉCÈS IMMÉDIAT

TÉMOINS

Noms, prénoms et adresses

Un rapport de police a-t-il été établi? et par qui?

ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers

Compagnie d'assurance du tiers

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

du mois précédant l'accident (si la victime *n'est pas* titulaire) :

Période	Montant brut	Indemn. résidence	Prime transport	Suppl. familial	Heures supplém.	Divers (5)	Retenues S. S.

Nom et qualité du signataire (l'employeur) (4) : A le 19.

Cachet de l'Établissement *ou* Service

Signature :

(1) En trois exemplaires dans l'Académie de Paris
(2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Voir au verso.
(4) Ou la victime dans le cas où l'employeur se refuserait à signer.
(5) Indiquer ici, le cas échéant, le tiers de la dernière prime de technicité (pour les dactylos et stenos auxiliaires) et les avantages en nature (N = nourriture, L = logement).

N° 60-3682

(Articles L 441.1 à L 441.4 et Articles R 441.2, R 441.3 et R 441.5) – (Décret du 17-12-65)

L'EMPLOYEUR ENVOIE A LA CAISSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ, LES 3 PREMIERS VOLETS DE LA LISTE PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE 4e VOLET AU DOS DUQUEL SE TROUVE LA NOTICE

ATTENTION : L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? ☐ OUI ☐ NON
→ si oui, remplissez IMMÉDIATEMENT l'attestation de salaire S6202 par duplication avec le présent formulaire.
→ si non, remplissez uniquement cette déclaration.

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale

Adresse

N° de Téléphone

CTN

ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

(le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse

N° de Téléphone

Groupes d'activités

N° SIRET de l'établissement

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime

RÉSERVÉ CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation

CPAM

A défaut sexe Date de naissance

NOM, Prénom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse)

ADRESSE

Nationalité ☐ Française ☐ C.E.E. ☐ Autre

Date d'embauche Profession

Qualification professionnelle Ancienneté dans le poste

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? ☐ OUI ☐ NON

L'ACCIDENT

Date Heure H mn

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de H mn à H mn et de H mn à H mn

Lieu de l'accident (1)

Circonstances détaillées de l'accident (1)
(indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)

Siège des lésions (1)

Nature des lésions (1)

Victime transportée à

Accident ☐ constaté ☐ connu le Heure ☐ par l'employeur ☐ par ses préposés ☐ décrit par la victime
☐ inscrit au regist. d'infirmerie le sous le N°

Conséquences : ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1) ☐ DÉCÈS

TÉMOINS

Nom, prénom
et adresse

Un rapport de police a-t-il été établi ? ☐ OUI ☐ NON par qui ?

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, nom et adresse du tiers

Sté d'assurance du tiers

Nom, prénom du signataire Fait à le

Qualité Signature

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

UCANSS – IMPRIMERIE NATIONALE – 01-01 S 6200f

ANNEXE 2

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Déclaration d'accident de service ou du travail

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :
Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1er et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés)
Accident du travail :
Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE L'ACCIDENT : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

❑	Accident sur le lieu de travail	❑	Accident de trajet	❑	Accident en mission

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

❑ Mme ❑ Mlle ❑ M.

Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....

Situation familiale *(facultatif)* : ❑ célibataire ❑ marié(e) ❑ pacsé(e) ❑ séparé(e) ❑ divorcé(e) ❑ veuf(ve)

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Numéro d'agent (NUMEN) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro INSEE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Adresse personnelle : .....
.....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville.....

Téléphone (facultatif) : |____|____|____|____|____| ou |____|____|____|____|____|

Adresse électronique (facultatif) : .....@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

❑ stagiaire ❑ titulaire ❑ non titulaire ❑ Maître à titre définitif ❑ A ❑ B ❑ C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) : .....
.....

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....
.....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville.....

Téléphone professionnel : |____|____|____|____|____|

Adresse électronique professionnelle : .....@.....

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? ☐ OUI ☐ NON Si oui :

	1er accident ou MP	2ème accident ou MP	3ème accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) .....
sollicite le bénéfice des dispositions :
1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 2005,
3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à ....., le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature de l'agent

Fait à ....., le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).
Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Heure de l'accident : |__|__| h |__|__|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de ..... h ..... à ..... h	de ..... h ..... à ..... h	de ..... h ..... à ..... h .....
de ..... h ..... à ..... h	de ..... h ..... à ..... h	de ..... h ..... à ..... h .....

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) : .....

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT : .....
.....
.....

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT *(environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué)* : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :
Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :
- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? ☐ OUI ☐ NON
- heure de départ du domicile : |__|__| h |__|__|
- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |__|__| h |__|__|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? ☐ OUI ☐ NON
- heure de départ du lieu de travail : |__|__| h |__|__|
- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |__|__| h |__|__|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? ☐ OUI ☐ NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? .....

Combien de temps dure le trajet : |__|__| h |__|__|

Si le trajet a été détourné, motifs : .....

Si le trajet a été interrompu, motifs : .....

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? ☐ AVANT ☐ APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ? .....
.....

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'assurance : .....
..... N°de police : .....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ? ☐ OUI ☐ NON

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.

NATURE DE L'ACCIDENT :

- ☐ chute de personne
- ☐ projection
- ☐ glissade
- ☐ autre .....
- ☐ chute d'objet
- ☐ explosion
- ☐ exposition, rayonnement
- ☐ manutention
- ☐ agression
- ☐ accident de la voie publique
- ☐ heurt (meuble..:)
- ☐ contact

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :
.....

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :
.....
.....
.....
.....

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail ☐ décès immédiat

SIEGE DES LESIONS (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

- ☐ **Tête** (préciser)
- ☐ **Membre supérieur :**
  - ☐ épaule
  - ☐ bras
  - ☐ avant bras
  - ☐ coude
  - ☐ poignet
- ☐ **Main :**
  - ☐ pouce
  - ☐ autre(s) doigt(s) (préciser)
- ☐ **Visage** (préciser)
- ☐ **Membre inférieur :**
  - ☐ hanche
  - ☐ cuisse
  - ☐ genou
  - ☐ jambe
  - ☐ cheville
- ☐ **Pied**
  - ☐ orteil(s) (préciser)
- ☐ **Yeux**
  - ☐ oeil droit
  - ☐ œil gauche
- ☐ **Tronc :**
  - ☐ cou
  - ☐ colonne vertébrale
  - ☐ thorax
  - ☐ bassin
  - ☐ abdomen
- ☐ **Dent(s)**
  - ☐ mâchoire inférieure
  - ☐ mâchoire supérieure
- ☐ **Autre(s) lésion(s)** (préciser)

NATURE DES LESIONS (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- ☐ affection respiratoire
- ☐ amputation
- ☐ asphyxie
- ☐ brûlure
- ☐ cervicalgie
- ☐ commotion
- ☐ contusion
- ☐ corps étranger
- ☐ autres : .....
- ☐ dermite
- ☐ douleur
- ☐ écrasement
- ☐ eczéma
- ☐ électrisation / électrocution
- ☐ entorse
- ☐ état anxio-dépressif
- ☐ fracture
- ☐ gelure
- ☐ hernie
- ☐ inflammation
- ☐ intoxication
- ☐ lésion ligamentaire ou musculaire
- ☐ lésion psychologique
- ☐ lésion neurologique
- ☐ lumbago et sciatique
- ☐ luxation
- ☐ plaie-piqûre
- ☐ traumatisme interne
- ☐ traumatisme psychologique
- ☐ trouble auditif
- ☐ trouble sensoriel
- ☐ trouble visuel
- ☐ lésions multiples

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? ☐ OUI ☐ NON *(Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement**) :*

1) Dans **l'affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| ..... **Signature du/des témoins :**

ANNEXE 3

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

Désignation du service liquidateur des prestations	

QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est à remplir soigneusement par l'agent victime d'accident et doit être renvoyé dans les meilleurs délais au service liquidateur des prestations.

Nom, prénoms _____ [ ]
(en lettres majuscules)

Adresse _____ N° compte chèque ou bancaire : _____

Nom et adresse du service : _____

Nature de la blessure : _____

Le blessé a-t-il été hospitalisé? _____ Où? _____

ACCIDENT : Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____

Pendant votre travail? _____ En y allant? _____ En en revenant? _____

Indiquer s'il y a eu détour ou interruption du trajet direct : _____

Expliquer de façon précise comment l'accident est arrivé : _____

Qui d'après vous est responsable? _____
(Nom, prénoms et adresse Compagnie d'Assurance)

Pourquoi? _____

Un rapport de police a-t-il été établi? _____ Par qui? _____ Avez-vous porté plainte? _____

Nom et adresse des témoins : _____

Avez-vous l'intention de poursuivre le responsable? _____ Nom et adresse de l'avocat ou de l'homme d'affaires choisi par vous :

Très important : Il est interdit par la loi de comprendre les prestations servies au titre des A. T. dans la demande que vous présenterez au responsable. Vous êtes invité à nous informer de toute réclamation ou action engagée par vous à cette occasion.

A _____, le _____

Signature :

POUR LES ACCIDENTS DE VOIE PUBLIQUE, VOIR AU VERSO

(CONTENTIEUX. Questionnaire accident)

Mod. 14416. — Berger-Levrault, Nancy.

ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE

Si le blessé a été victime d'un accident alors qu'il était transporté par un véhicule, prière d'indiquer s'il s'agit :

d'un transport en commun _____ Lequel? _____

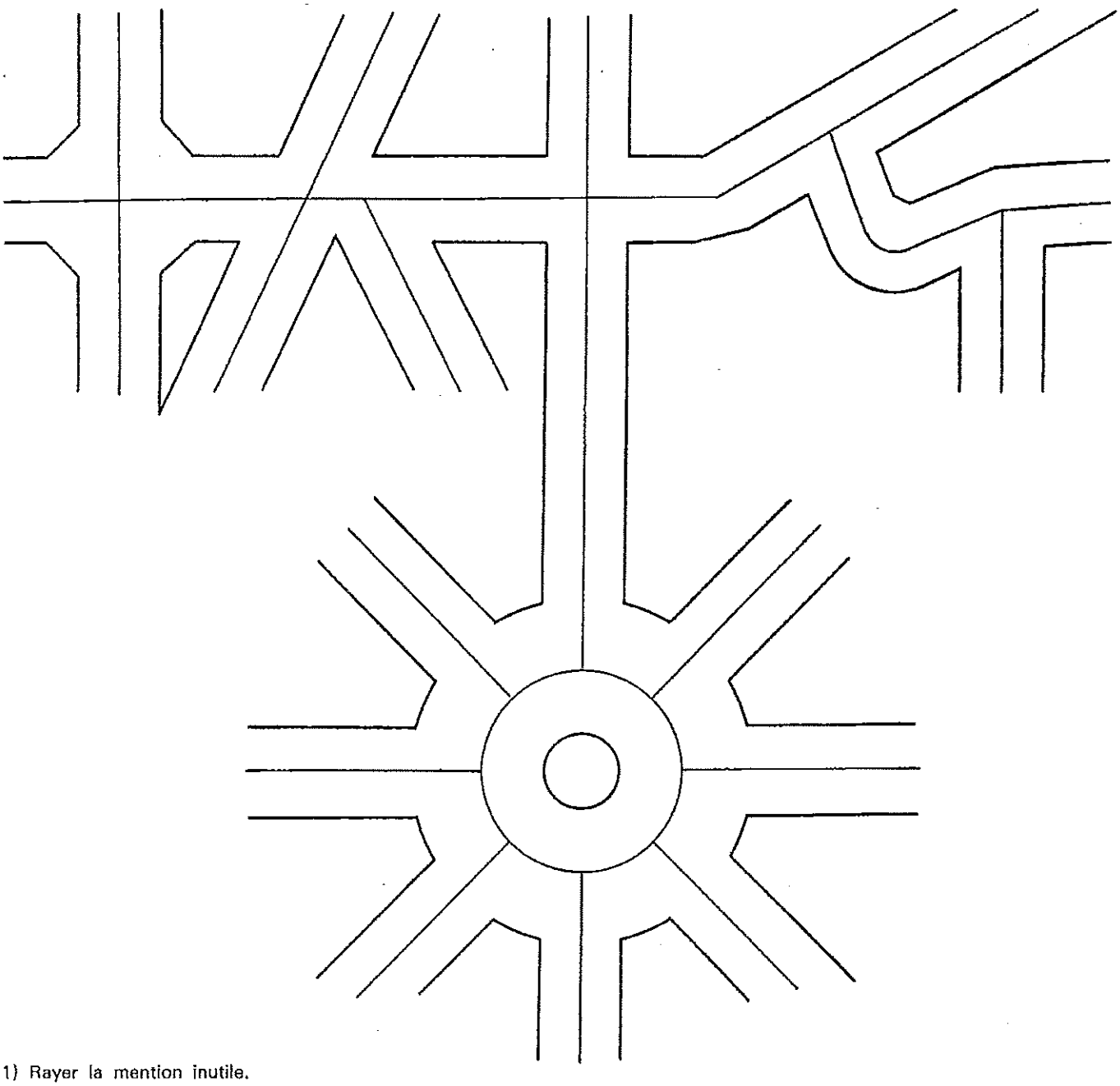
d'un véhicule particulier _____ Lequel? _____

appartenant à _____

En qualité de passager payant (1), gratuit (1) _____

Compagnie d'assurance du propriétaire du véhicule : _____

CROQUIS A ÉTABLIR AUSSI COMPLÈTEMENT QUE POSSIBLE



(1) Rayer la mention inutile.

ANNEXE 4

A

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Adresse du service chargé du règlement des prestations

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)

M .....

Fonction .....

certifie que

M.....

.....

a été victime d'un accident de service ou du travail le .....

L'intéressé(e) [1]**:**

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

- **agent non titulaire de l'Etat**, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,

- **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.

Fait à ..... , le .....

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

NB : Ce certificat ne peut être remis que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service ou au travail. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

[1] Rayer les mentions inutiles

INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

INSPECTION ACADEMIQUE
22, avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants :

03. 44. 06. 45. 24

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES ET DES COORDONNEES BANCAIRES.**

↳ Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.

C

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Adresse du service chargé du règlement des prestations

VOLET RECAPITULATIF

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

Accident de service, du travail :

Survenu le	|_|_|_|_|_|_|_|_| à |_|_| h |_|_|
Déclaré le	|_|_|_|_|_|_|_|_|

Victime :

Nom de naissance : .....
Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....
Adresse personnelle : ....
Corps : .....

Lieu d'affectation :

TSVP ☞

C bis

Date des prestations	Nature des prestations	Délivrance de certificats médicaux	Délivrance d'ordonnances	Signature du praticien ou cachet du pharmacien	Montant de la facture

D

Adresse du service chargé du règlement des prestations

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

Accident de service, du travail :

Survenu le	|_|_||_|_||_|_|_|_| à |_|_| h |_|_|
Déclaré le	|_|_||_|_||_|_|_|_|

Victime :

Nom de naissance : .....
Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....
Adresse personnelle : ....
Corps : .....

Lieu d'affectation :

Date de la demande : |_\|_\|\|_\|_\|\|_\|_\|_\|_\| **Signature de l'agent :**

La demande de renouvellement du volet récapitulatif doit être adressée ou remise au service chargé du règlement des prestations. Cette demande de renouvellement permet à la victime d'obtenir un nouveau volet parce que le précédent a été entièrement utilisé.