

## DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DU TRAVAIL

*A remplir uniquement par les fonctionnaires et agents sur CDD d'une durée  $\geq$  à un an*

*La présente déclaration doit être retournée dûment signée et remplie dans toutes ses parties.*

### VICTIME

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Statut :  Titulaire

Stagiaire

Non-titulaire

Position :  Activité

Détachement

Mise à disposition

Appartenance : .....

Grade : .....

Date d'entrée à l'Inserm : .....

### AFFECTATION

ADR : .....

Structure d'affectation : .....

Adresse de la structure : .....

Nom du supérieur hiérarchique : .....

Tél. du supérieur hiérarchique : .....

### CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : .....

Heure exacte de l'accident : .....

Horaire de travail le jour de l'accident : .....

Lieu exact : .....

Nature et siège des lésions : .....

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

Lieu où est allée la victime après l'accident (médecin, lieu de travail, hôpital, ...) : .....

Est-elle hospitalisée ? :  Oui  Non Où ? : .....

Suite probable :  sans arrêt de travail  avec arrêt de travail  autre (précisez) :

## CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT *(suite)*

*S'il s'agit d'un accident de trajet, indiquer les éléments suivants :*

- Si l'accident est survenu sur le trajet domicile/travail ou travail/domicile :  
L'heure de départ du domicile ou du travail : .....  
Combien de temps faut-il pour parcourir le trajet ? .....
- Si l'accident est survenu sur le trajet aller ou retour entre le lieu de travail et le lieu de déjeuner, indiquer le lieu de restauration : .....
- Le jour de l'accident, le trajet a-t-il été le plus direct ?  
 Oui  
 Non, indiquer pourquoi : .....
- Indiquer s'il y a eu détour ou interruption du trajet direct et pour quel motif ? :  
 Non  
 Oui, indiquer pourquoi : .....
- Mode de locomotion utilisé au moment de l'accident :  
 Transport en commun, lequel : .....  
 Véhicule particulier, lequel : .....
- L'accident a-t-il été causé par un tiers ?  
 Non  
 Oui, indiquer nom, prénom et adresse du tiers : .....  
.....  
compagnie d'assurance du tiers : .....  
adresse : .....
- Un rapport ou un procès verbal a-t-il été dressé par la police ou la gendarmerie ?  
 Oui  
 Non
- Une plainte a-t-elle ou sera-t-elle déposée ?  
 Oui  
 Non

## DEPOSITIONS *(la présente déclaration doit impérativement comporter la déposition de la victime et celle du témoin)*

**La victime a-t-elle déjà été victime d'un accident de service (ou du travail) antérieurement ?**

- Non
- Oui : date de l'accident : .....  
en est-il resté une incapacité permanente ? .....  
indiquer s'il y a lieu l'organisme ayant attribué une rente ? .....

**Déposition de la victime** (circonstances détaillées de l'accident) :

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

# Inserm

## DEPOSITIONS (suite)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Fait à* ..... *le* ..... *Signature de la victime :*

### L'accident a-t-il eu des témoins oculaires ?

- Oui : indiquer le nom et prénom : .....
- Non : indiquer le nom et prénom du témoin a posteriori (première personne à qui a été déclaré l'accident) :  
.....

### Déposition du témoin (oculaire ou a posteriori) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Fait à* ..... *le* ..... *Signature du témoin :*

## PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT PAR LA VICTIME A LA PRESENTE DECLARATION :

- Un certificat médical initial (volet 1), établi selon le formulaire réglementaire (cerfa 11138\*01) délivré par le médecin ayant constaté la nature et le siège des lésions

### En cas d'accident de trajet, joindre dans tous les cas :

- Un plan officiel du trajet entre le lieu de travail et le lieu d'habitation ou de restauration, avec indication de l'itinéraire emprunté et du lieu de l'accident

### En cas d'accident de trajet impliquant un tiers, joindre également :

- Le constat amiable d'accident automobile de l'assurance
- Le procès verbal de Police ou de Gendarmerie (s'il en a été établi un)

### En cas d'accident survenu en dehors du lieu et des horaires de travail, joindre :

- Une attestation du Directeur d'unité ou du Chef de service

# Inserm

## VISA DU DIRECTEUR D'UNITE OU DU CHEF DE SERVICE

**Observations :**

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

- En cas d'accident survenu en dehors du lieu de travail ou des heures réglementaires, merci de joindre une attestation en précisant les motifs.
- Merci de vérifier que la victime a complété l'ensemble des rubriques et joint les pièces requises (voir P3 du présent formulaire).

**Fait à** ..... **le** ..... **Signature :**

## VISA DE L'ADR

**Observations :**

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

### PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT PAR L'ADR- POLE RH A LA PRESENTE DECLARATION :

- Si CDD : Copie du contrat et, le cas échéant, les avenants y afférents
- Copie de l'ordre de mission, si l'accident est survenu au cours d'une mission
- Si position particulière (détachement, mise à disposition,..) : copie de la décision correspondante

**Dossier suivi par :**

Médecin de prévention : .....  
Gestionnaire RRH : .....

Merci de vérifier que le dossier est dûment complété, signé et accompagné de l'ensemble des pièces requises.

**Fait à** ..... **le** ..... **Signature :**