

Attention : Si vous êtes couvert par le contrat groupe d'assurances « risques statutaires » porté par le cdg69, la déclaration auprès de l'assureur remplace ce formulaire.

Déclaration d'accident de service auprès du CST

Accident de service de trajet

1. Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement :

Ville : Code postal :

Dossier suivi par

Nom : Prénom :

Courriel : Téléphone :

Nom du médecin et de son service de rattachement :

2. Renseignements relatifs à l'agent

Numéro de sécurité sociale :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Latéralité de l'agent Droitier Gaucher

Date d'entrée dans la collectivité/l'établissement :

Date d'embauche dans la fonction publique :

Statut

Agent affilié à la CNRACL

N° CNRACL :

Titulaire Stagiaire

Temps complet Temps partiel

Temps non complet - Nb heures travaillées/mois :

Agent non affilié à la CNRACL / IRCANTEC

Titulaire Stagiaire Non titulaire

Jour fixe Occasionnel Astreinte/permanence

Autres

Service et grade

Grade :

Cadre d'emploi :

Métier :

3. Circonstance de l'accident

Date de l'accident : Heure : Horaire de travail le jour de l'accident de à et de à

Lieu :

Témoin de l'accident (la personne qui a vu l'accident)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Courriel :

En cas d'accident de trajet

Précisez le type de trajet :

Trajet aller Trajet retour Autre parcours

4. Description de l'accident

Sur quelle tâche, travaillait l'agent accidenté (OBLIGATOIRE) ?

Cette tâche était-elle ? Nouvelle pour l'agent Habituelle pour l'agent Imprévue Urgente

L'agent était-il formé à l'activité ? oui non

Nature de la formation

Quelles machines, matériels ou équipements sont impliqués dans l'accident ?

La tâche était-elle réalisée par l'agent ?

Seul Seul mais en présence d'autres agents ou entreprises Au sein d'une équipe de travail

Mesures de protection mises en œuvre lors de l'accident (individuelles ou collectives) :

Récit de l'accident, ce qui s'est passé (obligatoire) :

Latéralité de la blessure : Gauche Droite

L'agent a-t-il été hospitalisé ? Oui Non

L'agent a-t-il bénéficié des premiers soins ? Oui Non Par qui ?

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

Arrêt de travail/décès (OBLIGATOIRE)

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? Oui Non

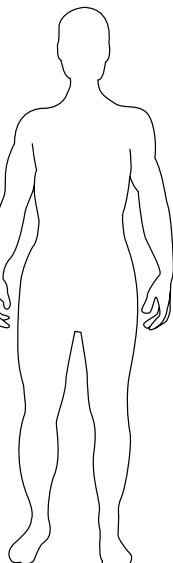
Date du premier jour d'arrêt : Nombre de jours d'arrêt :

L'accident a-t-il entraîné un décès ? Oui Non

5. Nature et siège des lésions

Cocher la nature des lésions et indiquer sur le schéma le siège des lésions

Œil	Tête	Contusion, hématome
Thorax	Cou, hors cervicale	Atteinte ostéo-articulaire et/ou musculaire (entorse, douleur d'effort, etc...)
Épaule	Colonne	Réaction allergique ou inflammatoire (cutanée ou muqueuse)
Bras	Avant bras	Fracture
	Poignet	Lésion interne
Coude	Abdomen	Présence de corps étrangers
	Bassin	Douleurs, lumbago
Main	Genou	Brûlure physique, chimique
Hanche	Jambe	Électrisation / Électrocution
	Cheville	Amputation
Cuisse	Siège multiples	Intoxication
Pied	Lésion interne	Troubles auditifs
		Lésions de natures multiples
		Commotion, perte de connaissance, malaise
		Piqûre, morsure
		Plaie
		Lésion potentiellement infectieuse due au produit biologique
		Autre nature, à préciser



Mesures de prévention

Mesures envisagées pour prévenir les risques détectés suite à l'accident :

Pour toute question, le service Prévention est à votre disposition au 04 72 38 49 58 et par courriel : prevention@cdg69.fr

J'accepte que la collectivité, dans le cadre de la gestion de mon arrêt de travail, collecte des données me concernant.

Fait à

Le

Signature de l'agent

Fait à

Le

Signature de l'autorité territoriale