

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

Thorax

Épaule

Bras

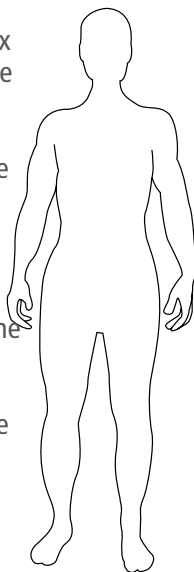
Coude

Main

Hanche

Cuisse

Pied



Tête

Cou,

hors cervicale

Colonne

Avant bras

Poignet

Abdomen

Bassin

Genou

Jambe

Cheville

Siège multiples

Lésion interne

Contusion, hématome

Atteinte ostéo-articulaire et/ou musculaire

(entorse, douleur d'effort, etc...)

Réaction allergique ou inflammatoire (cutanée ou muqueuse)

Fracture

Lésion interne

Présence de corps étrangers

Douleurs, lumbago

Brûlure physique, chimique

Électrisation / Électrocution

Amputation

Intoxication

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](mailto: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