Registre des accidents bénins

COLLECTIVITÉ : ……

ANNÉE : ……

A QUOI SERT CE REGISTRE ?

Tous les accidents survenant dans le cadre du travail ne donnent pas nécessairement lieu à des soins médicaux ou à un arrêt de travail. Ces accidents, a priori sans gravité, sont couramment qualifiés de "bénins". Signaler ces accidents dans un registre prévu à cet effet permet aux agents de conserver leurs droits en cas d'aggravation de leur état après l'accident. En outre, ce registre présente l'avantage d'informer l'employeur des risques qu'il est nécessaire de traiter avant qu'un accident plus grave ne survienne.

QUELS ACCIDENTS INSCRIRE DANS LE REGISTRE ?

Le signalement d'un accident dit "bénin" dans le registre concerne uniquement les accidents sans gravité, d'ordre physique ou psychologique, n'entraînant ni arrêt de travail ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par la collectivité.

Cependant, si l'état de santé de l'agent s'aggrave suite à cet accident et qu'il est amené à consulter un professionnel de santé, une déclaration d'accident de service devra être établie selon la procédure habituelle.

Par ailleurs, en cas d'incertitude quant à la matérialité d'un accident bénin ou d'une lésion, ou de sa survenance aux temps et aux lieux du travail, il est recommandé d'établir une déclaration d'accident de service, ceci afin de garantir les droits des agents et de l'employeur.

QUELLES INFORMATIONS DOIVENT FIGURER DANS LE REGISTRE ?

Les informations suivantes doivent apparaître :

- Le nom de la victime
- La date et le lieu de l'accident
- Le nom et la qualification du donneur de soins
- Les circonstances de l'accident
- La nature et le siège des lésions
- Le nom des éventuels témoins ou tiers impliqués extérieurs à la collectivité
- Les signatures de la victime et du donneur de soins

QUI PEUT CONSULTER LE REGISTRE ?

Le registre des accidents bénins est tenu à la disposition de :

- L'agent de prévention (assistant ou conseiller)
- Le chargé d'inspection en santé et sécurité au travail
- Le CST

Le médecin du travail et la victime peuvent également avoir accès au registre.

Ces personnes y ont accès, dans le respect du secret professionnel.

Un agent de la collectivité (sauf s'il est membre du CST) ne peut donc le consulter sans intérêt légitime.

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE BÉNIN

Date d'inscription dans le registre : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Poste occupé : .....

Date et lieu de l'accident : .....

Nom et prénom du donneur de soins : .....

Qualification : .....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NATURE ET SIÈGE DES LÉSIONS

.....

.....

.....

TÉMOINS OU TIERS IMPLIQUÉS (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

Signature de la victime :

Signature du donneur de soins :