



**DEMANDE DE RECONNAISSANCE
D'ACCIDENT DE SERVICE**

Article 37-2 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987
(Copie du dossier à remettre au médecin
de prévention/du travail POUR INFORMATION)

I 6 RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement :
Adresse :
.....
.....
Dossier suivi par :
Téléphone : Courriel :

Renseignements concernant l'agent

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Numéro de sécurité sociale :
Adresse :
.....
.....
Téléphone : Courriel :

Statut et activités de la victime

Stagiaire Titulaire Catégorie : A B C
Grade :
 Temps complet Temps non complet >28h Temps partiel : %
Métier / Fonction :
Activité habituelle :
 Bureau Atelier/terrain Petite enfance Cuisine
 Autre :

II 6 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT DE SERVICE

Circonstances de temps et de lieu

Date de l'accident : j j .. / j j .. / j j j j

Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Si les horaires présentent une différence, expliquez-en la raison :

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

Lieu précis de l'accident :

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

Précisez s'il s'agit du : lieu de travail habituel lieu de travail occasionnel
 lieu de restauration habituel lieu de télétravail

Description de l'accident

Activité de la victime lors de l'accident (tâches réalisées et environnement de travail) :

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

Nature de l'accident (ex : chute, agression, blessure) et description précise des circonstances de sa survenance :

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

Objet(s) éventuel(s) dont le contact a blessé la victime :

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

Témoins : oui non

Si oui, merci d'indiquer les noms, prénoms, qualité, et coordonnées :

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

Accident causé par un tiers : oui non Si oui : tiers connu tiers inconnu

Nom, prénom et adresse du tiers :

.....
.....

Société d'assurance du tiers :

.....

Conséquences de l'accident

Nature des lésions médicalement constatées :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> plaie et blessure | <input type="checkbox"/> asphyxie, noyade |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> effet de bruit, de vibration, de pression |
| <input type="checkbox"/> empoisonnement, infection | <input type="checkbox"/> luxation, entorse, foulure |
| <input type="checkbox"/> effet de température, de lumière, de radiations | <input type="checkbox"/> brûlure, gelure |
| <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> choc |
| <input type="checkbox"/> commotion, traumatisme | <input type="checkbox"/> autres : précisez : |

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

Pièces à joindre obligatoirement

- Certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de la maladie

Pièces utiles à l'instruction du dossier pouvant être jointe à la déclaration de maladie professionnelle

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiches d'exposition aux risques | <input type="checkbox"/> Témoignages écrits |
| <input type="checkbox"/> Photos | <input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Ordonnances médicales (sous pli confidentiel) | <input type="checkbox"/> Résultats d'examen médicaux (sous pli confidentiel) |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Fait à le

Signature de l'agent :

III 6 RAPPORT CIRCONSTANCIE DE L'ACCIDENT ET DE L'AUTORITE HIERARCHIQUE

Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d'appréciation nécessaire à la DRH. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'imputabilité au service de la maladie.

Nom du responsable hiérarchique :

Avis sur l'activité de la victime au moment de l'accident de service :

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

Avis la nature de l'accident et les circonstances décrites de sa survenance :

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

Avis sur les conséquences de l'accident telles que présentées par l'agent :

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

Fait à le
Signature de l'autorité hiérarchique :

IMPORTANT : en application de l'article 37-4 du décret du 30/07/1987, l'autorité territoriale peut solliciter une expertise auprès d'un médecin agréé. Cette expertise est vivement recommandée pour favoriser la bonne instruction du dossier, et à éclairer utilement chacun des intervenants dans leur appréciation du cas présenté.

IV 6 ENQUETE ADMINISTRATIVE DE L'AUTORITE TERRITORIALE (Le cas échéant si une circonstance ou un élément est susceptible de détacher l'accident du service)

Au vu des éléments transmis par l'agent, du rapport du responsable hiérarchique, l'autorité territoriale doit se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident.

Pièces fournies par la victime et la DRH :

- Certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de la maladie
- Fiches d'exposition aux risques
- Photos
- Ordonnances médicales (sous pli confidentiel)
- Autres :
- Témoignages écrits
- Bulletin d'hospitalisation
- Résultats d'examens médicaux (sous pli confidentiel)

L'accident est-il survenu dans le temps du service ? oui non

L'accident est-il survenu sur le lieu du service ? oui non

L'accident est-il survenu dans l'exercice des fonctions de l'agent ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou d'une activité normale qui en constitue le prolongement normal ? oui non

L'accident a-t-il été causé par une faute personnelle ? oui non

Si oui, laquelle :

L'accident a-t-il été causé par une circonstance particulière pouvant détacher l'accident du service, ou par une nécessité de la vie courante de nature à détacher l'accident du service ? oui non

Si oui, laquelle :

Une expertise par un médecin agréé a-t-elle été diligentée ? oui non

Si oui, pour quelle motif :

Observations :

IV 6 DECISION DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Accident imputable au service Accident non imputable au service Saisine commission de réforme

Motivations :

Fait à le
Signature de l'autorité territoriale (et cachet) :