

Déclaration d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle au Comité Technique du Centre de Gestion

Numéro d'enregistrement

Date de réception

(Cadre réservé au CT)

- Accident de service
 Accident de trajet
 Maladie professionnelle

COLLECTIVITÉ :

☎ :

☎ :

Affaire suivie par :

☎ :

LA VICTIME
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :

POSTE DE TRAVAIL OCCUPE
Ancienneté dans la collectivité :
Poste de travail :
Filière :
Grade :
Supérieur hiérarchique : Nom-Prénom :
☎ :

L'ACCIDENT OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Date : |_|_|_|_|_|_|

Jour : L M Me J V S D

Heure de l'accident : |_| H |_|

Horaires de travail le jour de l'accident : |_| H |_| à |_| H |_|

Horaires habituels Horaires occasionnels Déplacement professionnel

Lieu précis de l'accident :

Nature de l'accident (circonstances précises) :

.....

Que faisait la victime juste avant l'accident ?

La tâche réalisée était : habituelle nouvelle occasionnelle consécutive à une anomalie

La victime est-elle en arrêt de travail ? Oui Non Si Oui, nombre de jours :

Il convient d'informer le CT, du nombre de jours d'arrêt total en cas de prolongation.

S'il s'agit d'une maladie professionnelle : Tableau N°

S'il s'agit d'un accident de trajet : Moyen de transport :

Trajet domicile/lieu de travail Trajet lieu de travail/domicile Distance à parcourir :

Le trajet a-t-il été détourné ou interrompu ? Non Oui, motif :

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Non Oui, nom-prénom : **☎ :**

Témoins : Nom : Prénom : Service : **☎ :**

Nom : Prénom : Service : **☎ :**

Nom : Prénom : Service : **☎ :**

SIEGES DES LESIONS

- Œil
 Colonne vertébrale/dos
 Bassin
Membre supérieur :
 Épaule
 Coude
 Poignet
Membre inférieur :
 Cuisse
 Jambe
 Pied
 Sièges multiples :
- Latéralité :** Droite Gauche

NATURE DES LESIONS

- Contusion, hématome
 Inflammation
 Plaie
 Piqûre
 Lumbago, sciatique, hernie
 Déchirure ou douleur musculaire
 Entorse, luxation
 Fracture
 Brûlure, gelure
 Ecrasement, amputation
 Irritation cutanée due à un produit chimique
 Autres :
- Intoxication, asphyxie
 Maladie cardiaque
 Électrisation, électrocution
 Corps étranger

ACTIVITE

- Travail administratif
 Collecte et traitement des ordures ménagères
 Traitement des eaux, réseau d'assainissement
 Maintenance des locaux et du matériel
 Entretien des espaces verts
 Autre :
- Travail sur voirie
 Restauration collective
 Entretien des locaux
 Formation
 Accueil, surveillance, accompagnement de personne
- Chantier de bâtiment
 Animation/travaux manuels
 Entretien physique et sportif
 Trajet

ELEMENT MATERIEL

- Chute ou glissade de plain-pied
 Chute ou glissade avec dénivellation
 Gaz ou liquide sous pression
 Objet piquant, coupant, tranchant
 Objet ou masse en mouvement
 Rayonnement, radiation
 Machine et appareil, outil à main
 Installation électrique/électricité
 Autre :
- Agression
 Véhicule ou engin
 Exposition au sang
 Incendie, explosion
 Produits chimique
 Animaux, insectes
 Effort de soulèvement

AMBIANCE DE TRAVAIL

- Pluie
 Verglas
 Neige
 Brouillard
 Vent
 Chaleur (>30°C)
 Froid (>0°C)
 Autre :
- Bruit
 Fumées
 Poussière
 Vibrations

FORMATIONS

Formations suivies par l'agent :

.....

.....

.....

.....

EQUIPEMENTS DE PROTECTION

Un équipement de **protection collective** avait été mis en œuvre ?
 Non Oui, lequel ?

L'agent portait un équipement de **protection individuelle** ?
 Non Oui, lequel/lesquels ?

PREMIERS SECOURS

Administration de premiers soins ? Non Oui
 Par qui ?

Quoi ?

Y a-t-il eu consultation d'un médecin ? Non Oui
 (Généraliste, spécialiste) ?

Y a-t-il eu hospitalisation ? Non Oui

MESURES DE PREVENTION

Mesures de prévention immédiates ? Non Oui
 Lesquelles :

Mesures de prévention envisagées ?

.....

.....

IMPUTABILITE AU SERVICE

L'autorité territoriale reconnaît-elle l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie professionnelle ? Oui Non

Observations / Commentaires :

.....

Communication d'une copie de cette déclaration d'accident à l'assistant de prévention pour procéder à son analyse

Le chef de serviceLe Maire/Président

Date :

Date :

Visa

Visa

Formulaire à retourner au Centre de gestion
 Maison des Communes – Centre de Gestion FPT
 29, Bld Anatole France
 90000 BELFORT Cedex
 vsiegel@cdg90.fr
 Fax : 03 84 57 65 66