



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

Numéro d'enregistrement

Date de réception

(Cadre réservé au CST)

Accident de service

Accident de trajet

Maladie professionnelle

COLLECTIVITE : _____ ☎ : _____

☎ : _____

Affaire suivie par : _____ ☎ : _____

LA VICTIME

Madame 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 : _____

☎ : _____

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 CST, 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 : _____ ☎ : _____

SIEGES DES LESIONS

- Œil
 Colonne vertébrale/dos
 Bassin
Membre supérieur :
 Épaule
 Coude
 Poignet
Membre inférieur :
 Cuisse
 Jambe
 Pied
 Sièges multiples : _____

- Tête
 Thorax
 Abdomen
 Bras
 Avant-bras
 Main
 Genou
 Cheville

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 : _____

Latéralité : Droite Gauche

ACTIVITE

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

ELEMENT MATERIEL

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

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 service**Le Maire/Président**

Date :

Date :

Visa

Visa

Formulaire à retourner au Centre de gestion

Centre de Gestion du Territoire de Belfort
 29, Bld Anatole France
 90000 BELFORT Cedex
 ssimard@cdg90.fr