

**CENTRE DE GESTION DU NORD**  
**RAPPORT HIERARCHIQUE**

*A remplir au moment des faits par le responsable hiérarchique direct de l'agent accidenté et à transmettre, complété, à la Direction des Ressources Humaines sous couvert de sa hiérarchie.*

**RAPPEL :**

Pour qu'il y ait « ACCIDENT DE SERVICE », l'accident doit résulter d'une **ACTION VIOLENTE ET SOUDAIN**E d'une **CAUSE EXTERIEURE** provoquant **AU COURS DU TRAVAIL OU DU TRAJET**, une **LESION** du corps humain.

s'agit - il :

**d'un accident de service**

**d'un accident de trajet**

**NOM PATRONIMIQUE :** ..... **PRENOM:**.....  
**DATE DE NAISSANCE :** .....  
**ADRESSE :** .....  
**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....  
**GRADE :** ..... **EMPLOI OCCUPE :** .....

**N° D'AGENT :**.....**COLLECTIVITE :** .....  
**PÔLE :** ..... **DIRECTION :** .....  
**SERVICE :** ..... **COMMUNE :** .....  
**HORAIRES DE TRAVAIL :** ....h .....à .....h ...../ .....h .....à .....h .....  
**NOM DU RESPONSABLE DIRECT :** ..... **Tél :** .....

L'agent est-il affilié à la CNRACL :    OUI    NON

**DATE DE L'ACCIDENT :**.....**JOUR :**.....  
**HEURE DE L'ACCIDENT :** ....h .....  
**LIEU DE L'ACCIDENT :** .....

**POUR TOUS RENSEIGNEMENTS**

Contacter le service « Ressources Humaines »

ou

le service de Médecine Professionnelle et Préventive (poste 8607)