

ENQUÊTE ADMINISTRATIVE & RAPPORT HIERARCHIQUE
SUITE A UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de la collectivité :

Adresse :

.....

IDENTIFICATION DE L'AGENT

.

Nom d'usage :

Nom patronymique :

Prénom :

Date de naissance :/ / Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Numéro de sécurité sociale : Numéro CNRACL :

Grade :

Fonction :

Service :

Ancienneté dans le poste : Titulaire Stagiaire

ACCIDENT

Date : Heure :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Lieu de l'accident :

Dans le cas d'un accident de trajet :

Est-il intervenu sur le trajet direct entre domicile et lieu de travail ? OUI NON

Le trajet a-t'il été interrompu ? OUI NON

Si oui, pour quel motif ?

.....

.....

ELEMENTS MATERIELS ET BLESSURES

Un constat de gendarmerie a-t-il-été établi ? OUI NON

Circonstances détaillées de l'accident (dont le poste occupé et le travail exécuté) :

.....

.....

.....

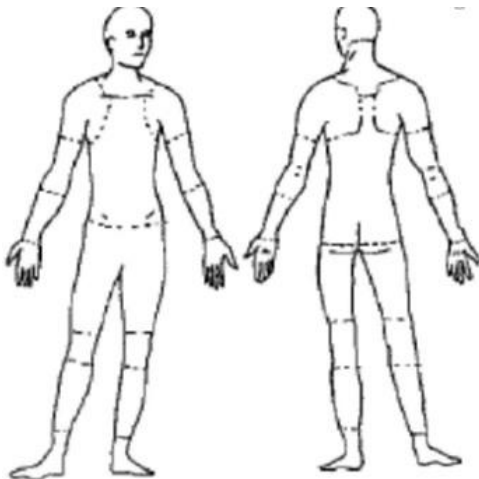
.....

.....

.....

Accident à caractère répétitif : OUI NON

SIEGE DES LESIONS : (Indiquer ces dernières avec une croix sur le schéma ci-dessous)



- Œil
- Thorax
- Epaule, bras, coude
- Main
- Hanche, cuisse
- Pieds
- Tête
- Cou, colonne
- Abdomen, bassin
- Avant-bras, poignet
- Genou, jambe, cheville
- Siege multiple

Nature des lésions :
.....
.....

Latéralité de l'agent : DROITIER GAUCHER SANS OBJET

Port d'Équipement de Protection Individuelle au moment de l'accident ? OUI NON

Si oui, lesquels ?
.....
.....

Assistant ou Conseiller de prévention dans la collectivité ? OUI NON

Nom et Prénom :

Tiers en cause dans l'accident ? OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse et Téléphone :

Nom : Prénom :

Adresse et Téléphone :

Témoins présents ? OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse et Téléphone :

Nom : Prénom :

Adresse et Téléphone :

Dans le cas d'une maladie professionnelle :

Tableau n° :

Date du certificat médical initial :

Description précise des substances ou gestes ayant entraînés la maladie :

.....

.....

.....

Fonctions exactes occupées par l'agent à l'époque où il a contracté la maladie :

.....

.....

.....

Période d'exposition aux risques :

.....

DECISION ADMINISTRATIVE

Lieu d'exposition :

Reconnaissance de l'imputabilité du service dans l'accident ou la maladie professionnelle ?

OUI NON

Observations :

.....

.....

Etabli le / /

Etabli le / /

A

A

Signature de l'agent

Signature et cachet de l'Autorité territoriale

Joindre selon les cas les certificats médicaux, les déclarations et témoignages, le constat de police ou de gendarmerie, le rapport de médecin de prévention.

La loi 78-17 du 06 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données inscrites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant auprès de votre employeur.