RAPPORT CIRCONSTANCIE – ACCIDENT DE SERVICE / TRAVAIL / TRAJET

EMPLOYEUR		
Collectivité ou établissement :		
L'accident a-t-il été reconnu imputable :	☐ **OUI**	☐ **NON**

IDENTIFICATION DE L'AGENT	
Nom / Prénom :	Filière :
Date de naissance :	Grade :
Métier :	Statut : ☐ titulaire ☐ contractuel ☐ droit privé (CEA, apprenti)
Service :	
Ancienneté dans le poste :	
Latéralité de l'agent : ☐ gaucher ☐ droitier	

DESCRIPTION GENERALE DE L'ACCIDENT	
Date de l'accident :	Heure de l'accident :
S'agit d'un accident : ☐ avec arrêt ☐ sans arrêt	Nombre de jours d'arrêt :
Jour de l'accident : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi ☐ Dimanche	
Lieu de l'accident :	
Horaires habituels de travail :	Horaires le jour de l'accident si différent :
Circonstances précises et détaillées le jour de l'accident :	

Nature des lésions

- ☐ Contusion, hématome
- ☐ Piqûre
- ☐ Plaie, morsure
- ☐ Entorse, Luxation
- ☐ Lumbago
- ☐ Sciatique, hernie
- ☐ Asphyxie, noyade
- ☐ Réaction allergique, inflammatoire cutanée ou muqueuse
- ☐ Lésion potentiellement infectieuse due au produit biologique
- ☐ Lésions de nature multiple, polytraumatisme
- ☐ Intoxication par ingestion, inhalation, voie percutanée
- ☐ Commotion perte de connaissance
- ☐ Atteintes sensorielles
- ☐ Présence de corps étrangers
- ☐ Brûlure physique, chimique ou gelure
- ☐ Electrisation, électrocution
- ☐ Tendinite, arthrite
- ☐ Ecrasement, amputation
- ☐ Fracture, fêlure
- ☐ Lésions internes
- ☐ Lésions nerveuses
- ☐ Autres

Siège des lésions

- ☐ Tête (sauf œil)
- ☐ Œil
- ☐ Tronc (sauf colonne vertébrale)
- ☐ Membres supérieurs (Epaule, bras, coude)
- ☐ Main
- ☐ Cou, Colonne
- ☐ Membres inférieurs (genou, jambe, cheville)
- ☐ Pieds
- ☐ Sièges multiples

A remplir par les collectivités/EPCI dont le CST est placé auprès du CDG45 et à envoyer par mail à prevention.inspection@cdg45.fr
Version Mars 2023

RAPPORT CIRCONSTANCIE – ACCIDENT DE SERVICE / TRAVAIL / TRAJET

A COMPLETER EN CAS D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAVAIL

Activité exercée lors de l'accident :

☐ Travail administratif	☐ Chantier bâtiment	☐ Collecte Ordures ménagères
☐ Restauration	☐ Travail sur voirie	☐ Entretien Espaces Verts
☐ Nettoyage	☐ Exploitation réseau	☐ Maintenance locaux / matériels
☐ Formation	☐ Accueil	☐ Autres :
☐ Déplacement	☐ Activité funéraire	

Elément matériel en cause :

☐ Chute de plain-pied	☐ Electricité
☐ Chute de hauteur	☐ Rayonnements, radiation
☐ Effort de soulèvement	☐ Produits biologiques (sang …)
☐ Outils à main, instruments portatifs	☐ Objet en mouvement ou chute
☐ Produits chimiques	☐ Véhicule, engin
☐ Incendie, explosion	☐ Machine, appareil
☐ Agression	☐ Autres
☐ Liquide ou gaz sous pression	

A COMPLETER EN CAS D'ACCIDENT DE TRAJET

Trajet effectué : ☐ Domicile au travail ☐ Travail au domicile

Accident est-il survenu sur le trajet habituel de l'agent : ☐ OUI ☐ NON

Le trajet a-t-il été détourné : ☐ OUI ☐ NON
interrompu : ☐ OUI ☐ NON

Motif pour détournement ou interruption :

Moyens de locomotion :

☐ Véhicule	☐ Deux roues motorisées
☐ A pieds	☐ Autres :
☐ Bicyclette	

Elément matériel en cause :

☐ Collision	☐ Sortie de route
☐ Agression	☐ Incident mécanique
☐ Conditions climatiques	☐ Autres :

Témoins de l'accident :

Tiers en cause de l'accident :

INFORMATION SUR LA PERSONNE REDIGEANT CE RAPPORT

Nom / Prénom : Fonction :

Souhaitez-vous l'appui du Comité Social Territorial (CST) pour analyser l'accident :
☐ OUI ☐ NON

Signature de l'employeur ou son représentant :

A remplir par les collectivités/EPCI dont le CST est placé auprès du CDG45 et à envoyer par mail à prevention.inspection@cdg45.fr
Version Mars 2023