

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 ☐ Electrification, 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 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 | |

Élément 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 | |

Élément 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 :