



Déclaration d'accident de service ou du travail

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :

Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1^{er} et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés)

Accident du travail :

Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES ET A RETOURNER AU BUREAU DES PENSIONS ET ACCIDENTS DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG

DATE DE L'ACCIDENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

JOUR :

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

<input type="checkbox"/>	Accident sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>	Accident de trajet	<input type="checkbox"/>	Accident en mission
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme Mlle M.

Nom de naissance : Nom d'épouse :

Prénoms :

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique (facultatif) :@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire Maître à titre définitif A B C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Préciser IEN de.....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique professionnelle :@.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Jour : Heure de l'accident : |_|_| h |_|_|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de h à h	de h à h	de h à h
de h à h	de h à h	de h à h

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) :

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? OUI NON

- heure de départ du domicile : |_|_| h |_|_|

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |_|_| h |_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? OUI NON

- heure de départ du lieu de travail : |_|_| h |_|_|

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |_|_| h |_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? OUI NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?

Combien de temps dure le trajet : |_|_| h |_|_|

Si le trajet a été détourné, motifs :

Si le trajet a été interrompu, motifs :

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? AVANT APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ?

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers :

Adresse :

Nom et adresse de l'assurance :

.....N°de police :

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ? OUI NON

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

.....

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date | | | | | | | | | |

Signature

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? OUI NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à, le | | | | | | | | | |

Signature de l'agent

Fait à, le | | | | | | | | | |

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).
 Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal)



Adresse du service chargé du règlement des prestations

UNIVERSITE DE STRASBOURG
 Direction des Ressources Humaines
 Bureau Pensions et Accidents
 4, rue Blaise Pascal
 67070 STRASBOURG Cedex

VOLET RECAPITULATIF

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

Accident de service, du travail :

Survenu le	□□□□□□□□	à	□□ h □□
Déclaré le	□□□□□□□□		

Victime :

Nom de naissance :
Nom d'épouse :
Prénoms :
Adresse personnelle :
Corps :

Lieu d'affectation :

--

