



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



Dossiers rectoraux-DSDEN

DECLARATION ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE PIECES OU ELEMENTS A FOURNIR

TOUT DOSSIER INCOMPLET EST RETOURNE SYSTEMATIQUEMENT A L'EXPEDITEUR

| EN CAS D'ACCIDENT | EN CAS DE MALADIE PROFESSIONNELLE |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - 2 imprimés de déclaration d'accident (<i>datée dans les 24 heures</i>) - Certificat médical initial descriptif des lésions (<i>original des volets 1 et 2</i>) établi dans les 24 heures - L'emploi du temps signé du chef d'établissement (ou, à défaut, une attestation du chef d'établissement indiquant que l'AED/l'AESH se trouvait dans ses obligations au moment de l'accident) <p>-----</p> <p>Et selon les circonstances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical de prolongation d'arrêt de travail de date à date et/ou de soins (<i>original des volets 1 et 2</i>) - Certificat médical de reprise d'activité (<i>original des volets 1 et 2</i>) - Certificat médical final de guérison ou de consolidation (<i>original des volets 1 et 2</i>) <p>pièces supplémentaires exigées :</p> <p>a) en cas d'accident du trajet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copie de la carte routière ou d'un plan de ville sur lequel seront reportés, selon le cas : le domicile, le lieu de travail, le lieu habituel des repas et le lieu de l'accident, ainsi que le trajet habituel et celui suivi le jour de l'accident, s'il est différent. - Déclaration sur l'honneur précisant que le trajet emprunté est le trajet habituel - Copie du constat amiable - Copie du rapport de police, de gendarmerie ou des pompiers <p>b) en cas d'accident de mission</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordre de mission, convocation ou justificatif du supérieur hiérarchique spécifiant le lieu, la date, les horaires et l'objet de l'activité de service hors du lieu de travail habituel | <ul style="list-style-type: none"> - 2 imprimés de déclaration de maladie professionnelle - Certificat médical initial descriptif des lésions (<i>original des volets 1 et 2</i>) <p>et</p> <p>si la date de constatation de la maladie est différente de la date du certificat initial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical attestant la première constatation médicale de la maladie professionnelle <p>-----</p> <p>Et selon les circonstances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical de prolongation d'arrêt de travail de date à date et/ou de soins (<i>original des volets 1 et 2</i>) - Certificat médical de reprise d'activité (<i>original des volets 1 et 2</i>) - Certificat médical final de guérison ou de consolidation (<i>original des volets 1 et 2</i>) |

**Aucune prise en charge des soins sans accord préalable pour les rechutes d'accident et la maladie professionnelle
→ ne pas délivrer le certificat de prise en charge des soins**

LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATAIRES DE SANTE DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES, D'UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ET DU N° DE SIRET. ELLES DOIVENT ETRE ADRESSEES A L'ETABLISSEMENT MUTUALISATEUR sauf pour les AESH-I à la DAMESOP 1

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre établissement employeur.



Timbre de l'établissement employeur

*Madame la Rectrice de l'Académie de Créteil
Chancelière des universités*

**Service des affaires médicales – DAMESOP 1
Division de l'Accompagnement Medical , SOcial
et Professionnel**

Lettre recommandée avec accusé de réception

Concerne : un agent non titulaire de l'Etat sur fonction AED ou AESH recruté à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an
(les documents Cerfa¹ relatifs aux agents sur fonction AED ou AESH ne répondant pas à ces deux conditions sont à adresser à la caisse départementale d'assurance maladie service des accidents du domicile de l'AED/AESH)

| DESIGNATION DES PIECES | Nombre de pièces | OBSERVATIONS |
|--|------------------|--|
| <p align="center">ACCIDENT de TRAVAIL</p> <p>SURVENU LE :</p> <p>concernant :</p> <p>NOM, PRENOM :</p> <p>Fonction :</p> <p><input type="checkbox"/> 2 exemplaires de la déclaration d'accident de travail</p> <p><input type="checkbox"/> copie du contrat de travail</p> <p><input type="checkbox"/> emploi du temps de l'agent</p> <p><input type="checkbox"/> copies des 3 derniers bulletins de paie</p> <p><input type="checkbox"/> certificat médical initial original (volets 1 et 2 – le volet 4 a été transmis à l'établissement mutualisateur de la paye)</p> <p><input type="checkbox"/> pour les accidents de trajet : copie d'un plan de ville ou d'une carte routière indiquant l'itinéraire emprunté le jour de l'accident de trajet matérialisant les lieux du travail, du domicile et de l'accident</p> | | <p><u>Observations :</u></p> <p>Etablissement mutualisateur de la paye :</p> <p>Le lycée</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

Cachet de l'établissement

Fait à, le
Le Chef d'établissement

¹ Documents téléchargeables sur site : www.ameli.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| 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, 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

Joindre une attestation indiquant la fréquence des repas

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.

NATURE DE L'ACCIDENT :

- chute de personne chute d'objet manutention heurt (meuble...)
- projection explosion agression contact
- glissade exposition, rayonnement accident de la voie publique
- autre

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc.) :

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

.....

.....

.....

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

- sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès immédiat

SIEGE DES LESIONS (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

| | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tête (préciser) <input type="checkbox"/> Membre supérieur : <input type="checkbox"/> épaule <input type="checkbox"/> bras <input type="checkbox"/> avant bras <input type="checkbox"/> coude <input type="checkbox"/> poignet <input type="checkbox"/> Main : <input type="checkbox"/> pouce <input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s) (préciser) | <input type="checkbox"/> Visage (préciser) <input type="checkbox"/> Membre inférieur : <input type="checkbox"/> hanche <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> genou <input type="checkbox"/> jambe <input type="checkbox"/> cheville <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> orteil(s) (préciser) | <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> oeil droit <input type="checkbox"/> oeil gauche <input type="checkbox"/> Tronc : <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/> colonne vertébrale <input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> bassin <input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> Dent(s) <input type="checkbox"/> mâchoire inférieure <input type="checkbox"/> mâchoire supérieure <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) (préciser) |
|--|---|---|---|

NATURE DES LESIONS (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- affection respiratoire dermite gelure luxation
- amputation douleur hernie plaie / piqûre
- asphyxie écrasement inflammation traumatisme interne
- brûlure eczéma intoxication traumatisme psychologique
- cervicalgie électrisation / électrocution lésion ligamentaire ou musculaire trouble auditif
- commotion entorse lésion psychologique trouble sensoriel
- contusion état anxio-dépressif lésion neurologique trouble visuel
- corps étranger fracture lumbago et sciatique lésions multiples
- autres :

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS : (Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement**) :

OUI, il y a des témoins oculaires

Faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, lien avec la victime, adresse(s) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_| |.....Signature(s) du/des témoins :

NON, il n'y a pas de témoin oculaire

s'il n'y a pas eu de témoin oculaire, joindre un témoignage «avant» d'une personne ayant vu le jour de l'accident la victime en bonne santé et un témoignage «après» d'une personne ayant vu le jour de l'accident la victime blessée

1) témoignage avant :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_| |.....Signature :

2) témoignage après (préciser également la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_| |.....Signature :

Au cas où aucun témoignage ne pourra être recueilli, l'accident de service doit être corroboré par d'autres présomptions ou d'autres moyens de preuves qui devront être fournis pour l'administration. Il appartient à la victime d'apporter la preuve de la matérialité de l'accident et de ses circonstances, de la relation de cause à effet entre les lésions constatées et l'accident invoqué.

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 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 du chef d'établissement et cachet de l'établissement

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 originellement 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).

TOUT DOSSIER INCOMPLET EST RETOURNE SYSTEMATIQUEMENT A L'EXPEDITEUR