

Déclaration d'un accident de service

A COMPLETER PAR LE FONCTIONNAIRE

Relevant du régime spécial uniquement

Je soussigné(e),

NOM :PRENOM :

Adresse :

Né(e) le

Catégorie : Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Durée hebdomadaire de travail h
A ☐ B ☐ C ☐

Grade

Fonction

Horaires de travail de la victime : de h mn à h mn
et de h mn à h mn

Atteste sur l'honneur avoir subi un accident le

Accident de service ☐ Accident de trajet ☐

Heure de l'accident h

S'agissait-il d'horaires exceptionnels (mission, heures supplémentaires...) oui non

Lieu de l'accident

Accident sans arrêt ☐

Accident avec arrêt ☐ Nombre de jours d'arrêt sur certificat initial

Rechute ☐ Date de l'accident initial

Circonstances de l'accident :

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

Fait à, le

Signature de l'agent

Rappel des pièces à remettre à l'employeur :

→ Obligatoirement :

Certificats médicaux d'arrêt de travail (cocher les cases)

- ☐ initial
- ☐ prolongation
- ☐ final

Il est indispensable de nous adresser des certificats médicaux comportant un **diagnostic précis** qui permettra d'établir un lien entre l'accident et les lésions constatées par le médecin.