

RAPPORT HIERARCHIQUE

l'employeur

Collectivité ou établissement :

.....

Accident de service Accident de trajet Maladie professionnelle

L'agent

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Né(e) le : N° sécurité sociale :

L'agent est-il affilié à la CNRACL:

Oui Non

Grade : Service :

Fonctions :

Service :

L'accident de service – L'accident de trajet

Date de l'accident : Heure de l'accident :

Lieu précis de l'accident :

Horaires de travail de l'agent le jour de l'accident :

Horaires habituels de travail :

Circonstances précises et détaillées de l'accident (que faisait la victime avant l'accident, que s'est-il passé au moment et après l'accident ?) :

.....

.....

.....

.....

Nature des lésions		
<input type="checkbox"/> Contusion, hématome, douleur musculaire <input type="checkbox"/> Piqûre <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Entorse, luxation <input type="checkbox"/> Tendinite, arthrite <input type="checkbox"/> Lumbago <input type="checkbox"/> Sciatique, hernie discale, tassement vertébral	<input type="checkbox"/> Lésion musculaire, tendineuse, hernie ou éventration <input type="checkbox"/> Fracture, fêlure <input type="checkbox"/> Présence de corps étranger <input type="checkbox"/> Brûlure, gelure <input type="checkbox"/> Ecrasement, amputation <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade <input type="checkbox"/> Traumatismes multiples	<input type="checkbox"/> Malaise avec perte de connaissance <input type="checkbox"/> Malaise sans perte de connaissance <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Lésion nerveuse ou neurologique <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :

En cas d'accident de trajet (joindre le plan de trajet)
<input type="checkbox"/> Nature du trajet. <input type="checkbox"/> Moyen de locomotion utilisé. <input type="checkbox"/> Motif pour trajet détourné ou interrompu.

En cas de maladie professionnelle
<input type="checkbox"/> Tableau n° <input type="checkbox"/> Date du certificat médical initial. <input type="checkbox"/> Description précise des fonctions réalisées à l'époque ou a été constatée la maladie.

Conclusion
Conclusion de l'enquête administrative sur l'imputabilité : Cet accident a-t-il fait l'objet d'une analyse de prévention ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si des mesures de prévention ont été prises, préciser lesquelles :

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (*)

Date :

Date :

Signature de l'agent

Nom, cachet et signature de l'autorité territoriale

(*) En cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée.

La Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données inscrites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant auprès de votre employeur.