RAPPORT HIÉRARCHIQUE

ACCIDENT DE SERVICE ❒

ACCIDENT DE TRAJET ❒

MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE [1]❒

MALADIE PROFESSIONNELLE ❒

IDENTIFICATION DE L'AUTEUR DU DOCUMENT

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Service : .....

Coordonnées téléphoniques : .....

Adresse mail : .....

IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de sécurité sociale : .....

Latéralité de l'agent : ambidextre ❒ droitier ❒ gaucher ❒

Statut de l'agent :

Stagiaire ❒ Titulaire ❒ Catégorie : A ❒ B ❒ C ❒

Grade : .....

Fonction : .....

Service : .....

Ancienneté dans le poste : .....

Adresse : .....

.....

[1] Maladie non inscrite aux tableaux des maladies professionnelles du Code de la sécurité sociale

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT / LA MALADIE

EN CAS D'ACCIDENT DE SERVICE / TRAJET

Date de survenance de l'accident : .....

Heure de survenance : .....

Lieu de l'accident : .....

A préciser (*plusieurs réponses possibles*) :

Lieu de travail habituel ❐
Lieu de travail occasionnel ❐
Lieu de restauration habituel ❐
Lieu de télétravail ❐
Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail ❐
Au cours du trajet entre le lieu de restauration et le lieu de travail ❐
Au cours d'une mission pour l'employeur ❐
Accident de la circulation routière ❐

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

De .....h ..... à.....h ..... et de..... h.....à ..... h.....

Horaires habituels de travail :

De .....h ..... à .....h ..... et de..... h.....à ..... h.....

Circonstances précises et détaillées de l'accident : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Matériel(s) ou produit(s) utilisé(s) : .....

.....

Utilisation d'équipement(s) de protection individuelle : oui ❐ non ❐

A préciser :

Chaussures de sécurité ❐ Gants ❐ Lunettes de protection ❐ Masque ❐

Ceinture ou harnais de retenue ❐ Casque antichoc ❐ Casque antibruit ❐

Autre *(à préciser)* : .....

Accident ayant entraîné un arrêt de travail : oui ❐ non ❐

Si oui, date de début de l'arrêt de travail : .....

Siège et nature des lésions : .....

.....

.....

Témoin : oui ❐ non ❐
Si oui : Nom Prénom Qualité (et adresse si externe à l'administration) :

.....

.....

.....

.....

En cas d'accident de trajet uniquement

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel : oui ❐ non ❐

Durée nécessaire habituelle pour parcourir ce trajet : .....

Le trajet a-t-il été :

- détourné oui ❐ non ❐
- interrompu oui ❐ non ❐

Si oui, pour quel motif ? .....

.....

L'accident est-il arrivé :

- Pendant l'interruption de trajet : oui ❐ non ❐
- Après l'interruption de trajet : oui ❐ non ❐

Un constat amiable a-t-il été établi ? oui ❐ non ❐

Un constat de police ou un rapport de gendarmerie a-t-il été établi ? oui ❐ non ❐
(Si oui, joindre ce document)

Si l'accident est causé par un tiers

Nom du tiers responsable : .....

Adresse : .....

.....

Compagnie d'assurance : .....

Numéro de police d'assurance : .....

EN CAS DE MALADIE CONTRACTÉE OU AGGRAVEE EN SERVICE OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Désignation de la maladie : .....

.....

N° du tableau : .....
(*en cas de maladie professionnelle désignée par un tableau du Code de la sécurité sociale*)

Date de 1er constatation médicale de la maladie : .....

Description précise des substances utilisées habituellement par l'agent (nom et composition), ayant entraîné la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description précise des travaux habituels, effectués à l'époque où a été contractée la maladie visée au tableau, en mettant en évidence les gestes susceptibles de la provoquer :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description du risque auquel l'agent a été exposé de par ses fonctions (chimiques, posturales, sonores)	Période d'exposition au risque

Situation professionnelle dans les 12 derniers mois précédents la date de constatation de la maladie (en fonction, en arrêt de travail, en congé parental, en disponibilité...) :

Situation	Période

OBSERVATIONS

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

Date : **Signature :**