

Les témoins

(joindre les déclarations des témoins datées et signées)

NOM : _____ Prénom : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Les tiers en cause

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Siège des lésions

- 
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Œil | → | <input type="checkbox"/> Tête |
| <input type="checkbox"/> Thorax | → | <input type="checkbox"/> Cou, colonne |
| <input type="checkbox"/> Epaule, bras, coude | → | <input type="checkbox"/> Abdomen, bassin |
| <input type="checkbox"/> Main | → | <input type="checkbox"/> Avant-bras, poignet |
| <input type="checkbox"/> Hanche, cuisse | → | <input type="checkbox"/> Genou, jambe, cheville |
| <input type="checkbox"/> Pieds | → | <input type="checkbox"/> Sièges multiples |

Nature des lésions

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

Conclusion

Conclusion de l'enquête administrative sur l'imputabilité : _____

Cet accident a-t-il fait l'objet d'une analyse de prévention ? OUI NON

Si des mesures de prévention ont été prises, précisez lesquelles : _____

Date

Date

Signature de l'agent

Nom et signature du supérieur hiérarchique



Fiche descriptive des fonctions

ETABLISSEMENT

Direction :
Service :

Adresse :

Agent

Nom :

Prénom :

Titulaire : oui non date d'affiliation :

Stagiaire : oui non

Corps ou cadre d'emploi :

Grade :

Date d'entrée dans le service :

IDENTIFICATION DU DERNIER POSTE OCCUPE PAR L'AGENT

Définition du poste :

Poste occupé depuis le :

Descriptif des fonctions exercées

- **Générales** :

- **Permanent**es :

- **Spécifiques** :

Particularités du poste : (Horaires de travail, Week-end, heures de nuit...)

Risques professionnels liés à l'activité : (port de charge, posture, radiation, ...)