

RAPPORT HIERARCHIQUE

Accident de service

L'employeur

Collectivité ou établissement : _____

N° immatriculation CNRACL : _____

L'agent

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Né(e) le : _____ N° sécurité sociale : _____

Régime : CNRACL N° d'affiliation CNRACL : _____

Régime général Autre

Statut : Stagiaire Titulaire

Grade : _____ Service : _____

Fonctions (joindre profil de poste) : _____

Latéralité de l'agent : Sans objet Droitier Gaucher

L'accident de service

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

Lieu précis de l'accident : _____

Horaires de travail de l'agent le de _____ à _____ horaires normaux
jour de l'accident de _____ à _____ horaires exceptionnels

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

TSVP

Les témoins

(joindre les déclarations des témoins datées et signées)

NOM : _____ Prénom : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Les tiers en cause

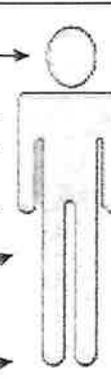
NOM : _____ Prénom : _____

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