ANNEXE 1

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Déclaration d'accident de service ou du travail

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :
Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1er et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés)
Accident du travail :
Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE L'ACCIDENT : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

❑	Accident sur le lieu de travail	❑	Accident de trajet	❑	Accident en mission

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

❑ Mme ❑ M.

Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....

Situation familiale : ❑ célibataire ❑ marié(e) ❑ pacsé(e) ❑ séparé(e) ❑ divorcé(e) ❑ veuf(ve)

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Lieu de naissance :.....

Numéro d'agent (NUMEN) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro INSEE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Adresse personnelle : .....

.....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville.....

Téléphone : |____|____|____|____|____| ou |____|____|____|____|____|

Adresse électronique : .....@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

❑ stagiaire ❑ titulaire ❑ non titulaire ❑ Maître à titre définitif ❑ A ❑ B ❑ C

CORPS DISCIPLINE FONCTION : .....

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....

.....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville.....

Téléphone : |____|____|____|____|____|

Adresse électronique professionnelle : .....@.....

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Heure de l'accident : |__|__| h |__|__|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de ..... h ..... à ..... h	de ..... h ..... à ..... h	de ..... h ..... à ..... h .....
de ..... h ..... à ..... h	de ..... h ..... à ..... h	de ..... h ..... à ..... h .....

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) : .....

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT : .....
.....
.....

DECRIRE LES CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :
- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? ❑ OUI ❑ NON
- heure de départ du domicile : |__|__| h |__|__|
- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |__|__| h |__|__|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? ❑ OUI ❑ NON
- heure de départ du lieu de travail : |__|__| h |__|__|
- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |__|__| h |__|__|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? ❑ OUI ❑ NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? .....

Combien de temps dure le trajet : |__|__| h |__|__|

Si le trajet a été détourné, motifs : .....

Si le trajet a été interrompu, motifs : .....

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? ❑ AVANT ❑ APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ? .....

.....

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'assurance : .....

.....N°de police : .....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ? ❑ OUI ❑ NON

Joindre une copie du procès-verbal ou une copie du constat amiable ***recto-verso***.

NATURE DE L'ACCIDENT :

☐ chute de personne de plain-pied
☐ chute d'objet ☐projection
☐ explosion ☐ exposition, rayonnement
☐ glissade
☐ accident de la voie publique (véhicule)
☐ autre (à préciser) .....
☐ chute de personne de hauteur
☐ manutention ☐ heurt (meuble...)
☐ agression ☐ contact
☐ accident de la voie publique (piéton)

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, véhicule, etc...) : .....
.....

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :
.....
.....
.....

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

❑ sans arrêt de travail ❑ avec arrêt de travail ❑ décès immédiat

SIEGE DES LESIONS

.....

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? ❑ OUI ❑ NON *(Remplir la rubrique 1 ou 2* ***obligatoirement****)* :

1) Dans **l'affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec **nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s)** :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|..... **Signature du/des témoins :**

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :
.....
.....
.....
.....
.....

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Signature**

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? ❑ OUI ❑ NON Si oui :

	1er accident ou MP	2ème accident ou MP	3ème accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent)

……

sollicite le bénéfice des dispositions :

1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 2005,

3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à ……, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature de l'agent

Fait à ……, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).
Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).

ANNEXE 3 *CACHET DE L'ETABLISSEMENT*

ORIGINAL A CONSERVER PAR L'INTERESSE(E)
A PHOTOCOPIER AUTANT QUE DE BESOIN

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE (*)
sous réserve de la reconnaissance de l'accident

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent, aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais (les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (art L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

(*)Il ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM.

Je soussigné(e) M.....chef d'établissement certifie que
M.....
a été victime d'un accident le.....

L'intéressé(e) (cocher la case utile) :

☐ **agent titulaire de l'Etat ou stagiaire** relève de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2)

☐ **agent non titulaire de l'Etat**, relève de la législation applicable en matière d'accident du travail du Livre IV du Code de la Sécurité Sociale,

☐ **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2d degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3 du 1er alinéa de l'articleL712-9 et L712-10 du Code de la Sécurité Sociale dispositions de la loi 2004-1370 du 20.12.2004.

Les factures de frais médicaux, accompagnées de l'annexe n°4 doivent être transmises directement à:

- personnel enseignant du **2nd degré public** - personnel enseignant du **1er et 2nd degré privé** - personnel d'inspection, de direction, d'orientation et d'éducation - personnel administratif, technique, social et de santé affecté en EPLE, au rectorat, en DSDEN, en CIO, en secrétariat d'IEN, CROUS, CRDP, ONISEP.....	Titulaire, stagiaire et contractuel ayant un **contrat à l'année et à temps complet**	**RECTORAT** Bureau des accidents de travail Place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence Cedex 01
- personnel enseignant du **1er degré public**, y compris si vous êtes affecté dans un établissement du second degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA),	Titulaire, stagiaire et contractuel ayant un **contrat à l'année et à temps complet**	**DSDEN du département de l'établissement indiqué en haut de page**
- AED et AESH ayant un contrat à l'année **et** à temps complet		**Etablissement mutualisateur :** - **pour le 04 : Lycée P.G. de Gennes quartier St Christophe 04000 DIGNE** - **pour le 05 : Lycée D. Villars place de Verdun 05010 GAP CEDEX** - **pour le 13 : Lycée St Exupéry 529 Ch.de la Madrague Ville 13326 MARSEILLE** - **pour le 84 : Lycée P.de Girard 138 av. de Tarascon 84082 AVIGNON**

et être OBLIGATOIREMENT accompagnées des **originaux** des prescriptions, des factures et des coordonnées bancaires.

Fait à.....le.....

Signature du Chef d'Etablissement
ou de Service

N.B. : ATTENTION NE PAS SE SERVIR DE LA CARTE VITALE ET NE PAS ENVOYER LES DOCUMENTS A LA MGEN OU CPAM.

ANNEXE 4

DP*N°
DF*

BORDEREAU DE TRANSMISSION DES FACTURES DE SOINS

Cet imprimé est à établir en double exemplaire par le créancier
et à **adresser au bureau des accidents de service indiqué sur la prise en charge, accompagné de toutes les pièces justificatives (prescription médicale, factures etc….**

AGENT

NOM – PRENOM : ……

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ……..

ETABLISSEMENT : ……

DATE DE L'ACCIDENT : ……

DATE DE RECHUTE : ……..

CREANCIER **N° CHORUS* :**

N° SIRET (14 chiffres) :
(obligatoire pour le règlement)

NOM DU CREANCIER (ou RAISON SOCIALE) :

INTITULE DU COMPTE BANCAIRE OU POSTAL : (JOINDRE R.I.B. OU R.I.P).

SIGNATURE ET CACHET DU CREANCIER :

ACTE MEDICAL

DATE	NATURE	MONTANT
……..	……..	……..€
……..	……..	……..€
……..	……..	……..€
……..	……..	……..€
……..	……..	……..€
……..	……..	……..€
……..	……..	……..€

TOTAL ……..€

*réservé à l'administration

ANNEXE 5

Notice explicative à conserver par la victime

Le dossier de déclaration d'accident de service ou de travail, ou de maladie professionnelle est rempli, signé et daté **par vous** (et **non par le secrétariat**). Il doit être visé par le supérieur hiérarchique et transmis sans délai, en 2 exemplaires, par l'établissement, au service des accidents au rectorat ou à la DSDEN.
L'imputabilité de l'accident étant appréciée sur dossier, la déclaration doit être la plus complète possible et faire état de tout élément nécessaire à l'appréciation.
Toute pièce, de nature à établir le lien de causalité direct et indiscutable entre l'accident et le service, doit être jointe au dossier :

- témoignage(s) comportant le(s) nom(s), prénom(s), coordonnées et la fonction du(es) témoin(s),
- attestations des premières personnes auxquelles l'accident a été signalé,
- certificat **médical initial original (volet n°1)** établi de préférence le jour même ou le lendemain de la date de l'accident et **indiquant la nature et le siège des lésions** ainsi que la durée probable d'arrêt de travail et des soins.

Toute déclaration incomplète retarde l'instruction du dossier et peut conduire à un refus de prise en charge faute d'éléments d'appréciation suffisants.
Tout dossier non conforme sera retourné à l'établissement.

I – pièces complémentaires à fournir à l'appui de la déclaration

a) pour un accident de service ou du travail :
- témoignage écrit ou, à défaut, attestation de la première personne (même si c'est un élève) à laquelle les faits ont été relatés.

b) pour un accident survenu hors du lieu de travail habituel :
- ordre de mission, convocation ou justificatif du supérieur hiérarchique spécifiant le lieu, la date, les horaires et l'objet de l'activité de service hors du lieu de travail habituel.

c) pour un accident survenu lors du trajet : vous devez fournir la photocopie d'un plan officiel correspondant à la totalité du trajet effectué en précisant départ, arrivée et lieu de l'accident.
- copie du rapport de police, de gendarmerie ou des pompiers.
- copie lisible du constat amiable si il y a un tiers.

d) pour une maladie professionnelle ou d'origine professionnelle:
- fiche de poste de l'agent
- rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent. Un avis sera demandé au médecin de prévention par mon service.

II – prise en charge des frais médicaux et des soins liés à l'accident

NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE, NI TRANSMETTRE A LA CPAM OU MGEN.
La délivrance par l'établissement du "certificat de prise en charge" vous permet de ne pas faire l'avance des frais, sous réserve de la reconnaissance de l'accident au titre de la législation et n'engage pas l'administration quant à son imputabilité au service.
En cas de refus du dossier, il vous appartiendra de payer les prestataires et de demander le remboursement des frais à votre caisse de Sécurité Sociale dans le cadre de l'assurance maladie.
L'annexe 4 "Factures" accompagnée des **originaux** de feuilles de soins et des ordonnances établies par les professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien……) sont à adresser directement à:

- personnel enseignant du **2nd degré public** - personnel enseignant du **1er et 2nd degré privé** - personnel d'inspection, de direction, d'orientation et d'éducation - personnel administratif, technique, social et de santé affecté en EPLE, au rectorat, en DSDEN, en CIO, en secrétariat d'IEN, CROUS, CRDP, ONISEP……	Titulaire, stagiaire et contractuel ayant un **contrat à l'année et à temps complet**	**RECTORAT** Bureau des accidents de travail Place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence Cedex 01
- personnel enseignant du **1er degré public**, y compris si vous êtes affecté dans un établissement du second degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA),	Titulaire, stagiaire et contractuel ayant un **contrat à l'année et à temps complet**	**DSDEN du département de l'établissement indiqué en haut de page**
- AED et AESH ayant un contrat à l'année **et** à temps complet		**Etablissement mutualisateur :** **- pour le 04 : Lycée P.G. de Gennes quartier St Christophe 04000 DIGNE** **- pour le 05 : Lycée D. Villars place de Verdun 05010 GAP CEDEX** **- pour le 13 : Lycée St Exupéry 529 Ch.de la Madrague Ville 13326 MARSEILLE** **- pour le 84 : Lycée P.de Girard 138 av. de Tarascon 84082 AVIGNON**

ATTENTION !! Les contractuels Education Nationale, ainsi que les AED et AESH, bénéficiaires d'un contrat inférieur à 1 an ou à temps incomplet, sont pris en charge et gérés par la CPAM du département auquel ils appartiennent.

En cas de refus du professionnel de santé, les frais engagés par vous, pourront vous être remboursés **à titre exceptionnel**, sur présentation de l'annexe 4 complétée par vos soins (avec votre RIB et n° de sécurité sociale) et accompagnée des feuilles de soins et des ordonnances originales.
Les soins en ostéopathie et les frais pour chambre particulière, ne sont pas pris en charge par la législation accidents.

III- informations diverses

a – **la réparation de l'accident ne concerne que les dommages corporels**.

b – **le certificat de prise en charge est à garder par vous** et à présenter aux professionnels de santé afin de ne pas faire l'avance de frais.

c – **il est indispensable de transmettre au fur et à mesure les certificats médicaux originaux (volet n°1) de prolongation jusqu'au certificat médical final de guérison ou de consolidation. Ils doivent donc se suivre impérativement de date à date.**
La reprise du travail n'est pas considérée comme certificat médical final.
J'attire votre attention sur le fait que le suivi médical ne tient pas compte des congés scolaires, des jours fériés et week-end : ces périodes doivent donc également être couvertes par un certificat médical.
D'autre part, si vous devez vous déplacer en dehors de votre domicile, pendant que vous êtes en arrêt de travail pour accident, vous devez formuler une demande préalable indiquant les dates et le lieu du déplacement et fournir un certificat médical justificatif.

d – **l'original de la décision d'imputabilité doit être conservé**. Seule une copie comportant **l'accusé de réception, sans modification ni rature, doit être retournée sans délai** au service par vos soins.

e – les fonctionnaires titulaires ou stagiaires victimes d'un accident de service ou de trajet dont l'imputabilité a été reconnue par l'administration ont droit :
• à un congé rémunéré à plein traitement jusqu'à ce qu'ils soient en état de reprendre leur service ou jusqu'à leur mise à la retraite pour les fonctionnaires titulaires. **L'administration est en droit de demander une expertise reconnaissant la nécessité du congé.**
• à la prise en charge des honoraires et des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins.

f – **L'agent doit obligatoirement déférer à toute convocation pour expertise**. En cas d'impossibilité de se rendre à une expertise, l'agent doit, dès réception de la convocation, se mettre en relation avec le médecin et informer le service émetteur, par tout moyen à sa disposition.

g – les agents non titulaires de l'Etat victimes d'un accident de travail ou de trajet dont le caractère professionnel est reconnu, ont droit :
• à un congé pendant toute la période d'incapacité de travail précédant la guérison ou la consolidation, ils perçoivent des indemnités journalières qui sont complétées en fonction de l'ancienneté.
• à la prise en charge selon les tarifs de la Sécurité Sociale, des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins.

h - **en cas d'inaptitude absolue et définitive à l'emploi, et en l'absence de possibilité de reclassement**
- l'agent titulaire peut être mis à la retraite pour invalidité imputable au service à sa demande ou d'office.
- l'agent stagiaire, s'il n'était pas déjà fonctionnaire peut être licencié et a droit à une rente. S'il était déjà fonctionnaire, il est remis à la disposition de son administration d'origine.
- l'agent non titulaire, peut être licencié en cas d'impossibilité totale de reprise du travail en raison d'une inaptitude physique et totale et définitive constatée par le médecin agréé au cours d'une expertise médicale. Il a droit à une rente.

IV - Droit d'accès

Les informations que vous porterez sur l'imprimé de déclaration seront saisies dans une application informatique. Conformément aux articles 32, 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous êtes expressément avisé(e) :
-que les informations demandées présentent un caractère obligatoire. A défaut d'y répondre, vous vous exposez à retarder l'examen de votre demande voire, si vous persistez dans votre refus, à un rejet de votre requête, faute d'éléments d'appréciation suffisants ;
- que les informations enregistrées pourront être communiquées, dans la limite des besoins inhérents à la gestion de votre dossier, au médecin agréé de l'administration, au médecin de prévention, aux membres de la Commission de Réforme, aux services de gestion du personnel et si vous êtes en détachement, au service qui assure votre rémunération.

§§§