**Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l’Aube**

**Formulaire à éditer et à transmettre complété :**

* **au CST/ à la FSSSCT**
* **au service Prévention du CDG 10**
* **à votre service de Médecine Préventive**

BP 40085 – SAINTE SAVINE – 10602 LA CHAPELLE ST LUC CEDEX

 Tél : 03.25.73.58.01 Fax : 03.25.73.83.01

Email : statut.carrieres@cdg10.fr ou hygiene.securite@cdg10.fr

DECLARATION OBLIGATOIRE D’ACCIDENT OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 Accident de service | 🞎 Accident de trajet | 🞎 Maladie professionnelle |
|  **VICTIME** |
| Employeur :  |
| Nom : | Prénom : |
| Age : | Sexe : |
| Grade : | Fonction : |
| Statut : | Temps de travail : |
| **ACCIDENT/MALADIE** |
| Arrêt de travail : 🞎 OUI 🞎 NON | Si oui, date du début de l’arrêt : |
| Date et heure de l’accident ou de la déclaration de la maladie :  |
| Horaires de travail de la victime le jour de l’accident : |  |
| Présence de témoin : 🞎 OUI 🞎 NON |
| Circonstances détaillées de l’accident ou de l’apparition des troubles de la maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nature des lésions : |
| Siège des lésions : | 🞎 Tête  | 🞎 Yeux | 🞎 Bras | 🞎 Poignet | 🞎 Main | 🞎 Doigt |
| 🞎 Ventre | 🞎 Cuisse | 🞎 Genou | 🞎 Mollet | 🞎 Cheville | 🞎 Orteil | 🞎 Pied |
| 🞎 Dos | 🞎 Cou | 🞎 Autre (préciser) : |
| **IMPUTABILITÉ** |
| 🞎 Reconnaissance de l’imputabilité au service par l’Autorité Territoriale (prendre un arrêté). |
| 🞎 Doute ou refus de reconnaissance de l’imputabilité au service par l’Autorité Territoriale. Envoi obligatoire du formulaire au Conseil Médical (pour les stagiaires et titulaires > 28 heures hebdomadaires). |
| **PREVENTION** |
| Des mesures de prévention sont-elles envisagées pour éviter que ce genre d’accident ne se reproduise ? 🞎 OUI 🞎 NON |
| Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Demande d’intervention du service Prévention du CDG 10 : 🞎 OUI 🞎 NON |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** |
| Nom, prénom et coordonnées de la personne à contacter pour des renseignements complémentaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date, cachet et signature de l’Autorité Territoriale |