**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](mailto:statut.carrieres@cdg10.fr%20) ou [hygiene.securite@cdg10.fr](mailto: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 | | | | | | | | | |