



Déclaration accident de travail ou de trajet

L'agent intérimaire

Nom et prénom :
Numéro de sécurité sociale :

Collectivité

Nom :
Personne à contacter pour le suivi du dossier :
Numéro :

Informations relatives à l'accident

Date de l'accident : et heure :.....h.....
Lieu de l'accident :

Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident :

- Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas
- Lieu du repas Au cours d'un déplacement pour l'employeur

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident :
Deh..... àh..... et deh..... àh.....

Activité de la victime lors de l'accident :
.....
.....
.....

Nature de l'accident (indiquer comment l'accident s'est produit, glissade, heurt, effort de soulèvement, etc.) :
.....
.....

Objet dont le contact à blessé la victime :
.....
.....

Siège des lésions (endroit du corps où la victime a été atteinte en précisant la latéralité de la blessure) :
.....
.....

Nature des lésions (contusion, plaie, lumbago, brûlure, piqûre, entorse, etc.) :

.....
.....

Eventuelles réserves : OUI (joignez une lettre d'accompagnement) NON

La victime a été transportée à :

L'accident a-t-il fait d'autre victime ? OUI NON

Accident : constaté connu le àh.....

Par : l'employeur ses préposés décrit par la victime

Conséquence : Avec arrêt de travail Sans arrêt de travail Décès

Un rapport de police a-t-il été établi ? OUI NON

Par qui ?.....

Témoin ou première personne avisée

Témoin Première personne avisée

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

Le tiers

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

Si oui, nom et adresse du tiers :

.....

.....

Sécurité d'assurance du tiers :

.....

Nom et prénom du signataire :

Qualité :

Fait à *Le*.....

Signature