académie Lyon
direction des services départementaux de l'éducation nationale Ain
éducation nationale

DOSSIER DE DECLARATION
DES ACCIDENTS DE SERVICE OU DE TRAVAIL

Personnels concernés

ENSEIGNANTS TITULAIRES OU NON TITULAIRES DU 1ER DEGRE PUBLIC ET PRIVE ET ASSISTANTS D'EDUCATION AVSI SUR UN CONTRAT A DUREE DETERMINEE D'UNE DUREE EGALE OU SUPERIEURE A 12 MOIS A TEMPS COMPLET OU SUR UN CONTRAT A DUREE INDETERMINEE A TEMPS COMPLET

Pièces du dossier

- **Pièce n°1 : Synthèse de la procédure de déclaration des accidents de service ou de travail**
- **Pièce n°2 : Déclaration d'accident de travail ou de service**
- **Pièce n°3 : Enquête sur un accident de travail ou de service**

SYNTHESE DE LA PROCEDURE DE DECLARATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL OU DE SERVICE

Personnels concernés

Les enseignants titulaires ou non titulaires du 1er degré public et privé et les assistants d'éducation – AVSI sur un contrat à durée déterminée d'une durée égale ou supérieure à 12 mois à temps complet ou sur un contrat à durée indéterminée à temps complet

L'agent victime

- Informe **immédiatement**,
  - pour l'agent en poste dans le 1er degré, son directeur d'école et son IEN
  - pour l'agent en poste dans le 2nd degré, son chef d'établissement.
    L' enseignant du 1er degré en poste dans le 2nd degré informe également son IEN.

Si nécessaire,

- Se rend, dans les meilleurs délais, chez un médecin pour faire constater les lésions et bénéficier d'un ***certificat médical accident du travail-maladie professionnelle***, dont il conserve le volet n°3
- Envoie, sous pli confidentiel, les volets n°1 et 2 de ce certificat à la **DIPER** et, en cas d'arrêt de travail uniquement, le volet n°4 à **l'IEN ou au chef d'établissement**

Dans les 24 heures

- Complète, en 2 exemplaires, le dossier constitué de la ***déclaration d'accident de travail ou de service*** et de ***l'enquête*** (pièce n°3)
- Adresse l'ensemble des documents
  - à l'IEN, pour les enseignants du 1er degré (y compris ceux en poste dans le 2nd degré) et les AED-AVSI en poste dans le 1er degré
  - au chef d'établissement, pour les AED-AVSI en poste dans le 2nd degré

L'IEN ou le chef d'établissement

- Adresse à l'agent victime , **dès réception de ses documents** et uniquement en cas d'absence de doute sérieux sur l'imputabilité au service, ***un certificat de prise en charge*** permettant de bénéficier du remboursement à 100% des frais médicaux sans avance de frais. La victime ne doit donc pas dans ce cas utiliser la carte vitale.
- Transmet **sous 48 heures,** après signature**,** l'intégralité du dossier à la DIPER

Informations, contacts

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Ain
Division des personnels, Bureau en charge des accidents du travail
Madame Anne Ouahab
Téléphone : 04.74.45.58.46 - Télécopie : 04.74.45.58.99
Mél : ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

Pièce n°2

DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE SERVICE

Enseignants titulaires ou non titulaires du 1er degré public et privé et assistants d'éducation – AVSI sur un contrat à durée déterminée d'une durée égale ou supérieure à 12 mois à temps complet ou sur un contrat à durée indéterminée à temps complet

A adresser dans les 24h en deux exemplaires à l'inspecteur de circonscription pour le 1er degré ou au chef d'établissement pour le 2nd degré

VICTIME

Nom (en majuscule)…… Prénom : ……

N° immatriculation sécurité sociale : ……

Adresse : ……

Ecole ou établissement d'affectation (précisez la commune)……

……

ACCIDENT

Date de l'accident (précisez le jour) : ……Heure ……

Lieu de l'accident (1) ……
(précisez s'il s'agit d'un accident de trajet)

Nature des lésions (1) ……

Siège des lésions (1) (en précisant s'il y a lieu le côté) ……

……

……

Circonstances détaillées de l'accident ……

……

……

……

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? oui □ non □

Lieu où a été transportée la victime : …… Est-elle hospitalisée ? oui □ non □ Si oui où ?……

Horaire de travail le jour de l'accident : de …….. à …….. et de …….. à ……..

Conséquences : Sans arrêt de travail □ Sans arrêt de travail avec soins □ Avec arrêt de travail supérieur à 24h □

Un rapport de police a-t-il été établi ? oui □ non □ Si oui par qui ? ……

TEMOIN ou première personne avisée (en cas d'absence de témoin)

Nom – Prénom et adresse : ……

……

DANS LE CAS D'UN ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers : ……

Compagnie d'assurance du tiers : ……

(1) Voir page 2/2

A……, le……

Cachet et signature de l'IEN
ou du chef d'établissement

signature de l'agent

Les listes ci-dessous ne sont données qu'à titre d'indication

LIEU DE L'ACCIDENT

Trajet aller – Trajet retour (du domicile au lieu de travail)
Déplacement pendant les heures de travail pour le compte de l'employeur
Lieu de travail habituel (atelier, chantier)
Lieu de travail occasionnel
Domicile de l'agent

NATURE DES LESIONS

Fracture
Brûlure
Gelure
Amputation
Plaie (coupure, écorchures, autres plaies,) sauf piqûre
Piqûre
Contusion
Inflammation
Entorse
Luxation
Asphyxie
Commotion
Présence d'un corps étranger
Hernie
Lumbago
Intoxication
Dermite
Troubles visuels
Troubles auditifs
Déchirures musculaires ou tendineuses
Lésions nerveuses

SIEGE DES LESIONS

Tête (yeux exceptés)
Yeux
Membres supérieurs (mains exceptées)
Main
Tronc
Membres inférieurs (pieds exceptés)
Pied
Sièges internes

ENQUÊTE SUR UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE SERVICE (Y COMPRIS POUR L'ACCIDENT DE TRAJET OU DE MISSION)

Nom et prénom de la victime de l'accident

Date de la déclaration de l'accident du travail que la victime a remplie et adressée àl'IEN ou au chef d'établissement

A quel moment la victime a-t-elle consulté le médecin ?

La victime a-t-elle déjà été victime d'un accident de travail antérieurement ? oui □ non□

⇨ Si oui, date de cet accident

En est-il résulté une incapacité permanente ? oui □ non□

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? oui □ non□

⇨ Si oui, remplir les rubriques suivantes :

Rappel du/des noms, prénoms du/des tiers

Précisions de leur profession

Nom et adresse de leur assureur

L'accident comporte-t-il un ou plusieurs témoins ? oui □ non□

⇨ Si non, à quelle personne l'accident a-t-il été déclaré en premier lieu

⇨ Si oui remplir les rubriques suivantes :

Déposition du témoin n° 1 :

Nom – Prénom - Signature

Déposition du témoin n° 2 :

Nom – Prénom - Signature

La victime a-t-elle été victime d'un accident de trajet ? oui □ non □

Avez-vous été victime d'un accident de trajet ? oui □ non□

⇨ Si oui remplir les rubriques suivantes :

au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail □

au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas □

Heure de départ du domicile / du lieu de travail :

Le trajet a-t-il été détourné ? oui □ non□ Interrompu ? oui □ non □

Précisez le motif du détournement et/ou de l'interruption du trajet :

Moyen de locomotion utilisé par l'accidenté :

Transport en commun oui □ non □

Véhicule particulier oui □ non □

Lequel ? appartenant à

Nom et adresse de la compagnie d'assurance du propriétaire du véhicule

➞ Fournir une carte d'itinéraire indiquant distinctement le trajet habituellement suivi et celui du jour de l'accident, en précisant le domicile, le lieu de travail et le lieu de l'accident.

➞ Fournir une copie du constat amiable d'accident

La victime a-t-elle été victime d'un accident de mission ? oui □ non □
NB : l'accident de mission est un accident survenu lors d'une activité prévue et organisée par votre hiérarchie (réunion, déplacement, stage, voyage et sortie scol
aire,…).

➞ Fournir une copie de l'ordre de mission, ou une attestation de votre IEN spécifiant la date, l'heure, le lieu de l'accident et l'objet de l'acte de service.

Fait à , le

Cachet et signature de l'IEN
ou du chef d'établissement

Signature de l'agent