

Travail - Trajet

LA VICTIME :

Nom : _____ Fonction - Poste : _____ Date : / /
 Prénom : _____ Service : _____ Signature : _____
 Pôle : Développement territorial Direction générale Population et qualité de vie Ressources Environnement et développement durable

L'ACCIDENT :

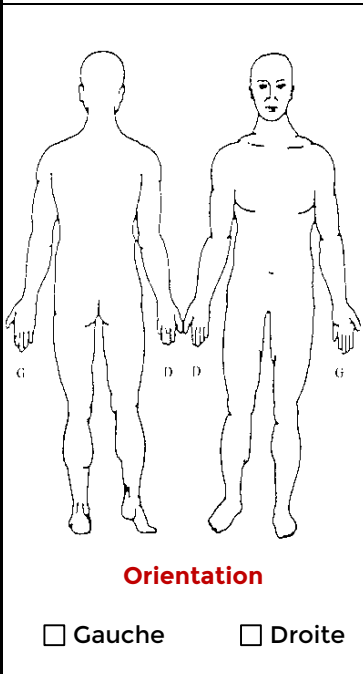
Date : / / Heure : h Horaire de travail : de h à h et de h à h
 Lieu précis de l'accident (adresse) : _____ intérieur extérieur

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

La tâche était-elle réalisée par l'agent : seul en équipe seul mais en présence d'un tiers étranger au service

La tâche réalisée était : habituelle inhabituelle Consécutives à une anomalie imprévue

Type de matériels / matériaux utilisés : VL PL outillage à main outillage électroportatif machines autres



Circonstances détaillées de l'accident :

Existe-t-il un équipement de protection : Individuel : Collectif : Si oui, a-t-il été utilisé : oui non

Siège des lésions : Yeux Tête Dos Thorax Bras Avant-Bras
 Main Doigt Jambe Genou Cheville Pied Autres :

Nature des lésions : Piqûre Plaie Contusion / hématome Douleur
 Fracture Brûlure Corps étranger Luxation / entorse Perte de connaissance
 Malaise Écrasement Intoxication Autres lésions :

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA VICTIME :

Soins Heure : h Par qui : SST
 Appel de secours extérieurs Heure : h Service consulté (Pompier, SAMU, médecin, ...):
 Consignes données / reçues : _____
 Transport de la victime Heure : h Où : Comment : Par qui :
 Accident Connu Constaté Le / / à h décrit par la victime par la hiérarchie

TÉMOIN(S) :

Nom et prénom : _____ Adresse : _____
 Nom et prénom : _____ Adresse : _____

Un rapport de police a-t-il été établi ? NON OUI Par qui : _____

TIERS : L'accident a-t-il été causé par un tiers NON OUI Si oui :

Nom et prénom : _____ Adresse : _____
 Nom et prénom : _____ Adresse : _____

CONDITION CLIMATIQUE :

Ensoleillé Pluvieux Neige/verglas Froid Canicule Venteux Nuit Autre

REÇU EN PREFECTURE

le 11/06/2026

Application agréée E-legalite.com

PARTIE RESERVÉE À L'ADMINISTRATION (SUPERIEUR HIERARCHIQUE DIRECT)

CONTESTATION DE L'ACCIDENT (COCHER UNE OU PLUSIEURS CASES) : AVIS N+1

OUI :

- AT non déclaré le jour même
- Pas de témoins
- Antécédents médicaux
- Inadéquation de la tâche avec la blessure
- Tiers non impliqué
- Autres :

NON :

- AT déclaré le jour même
- Reconnaissance AT par hiérarchie
- Témoin visuel identifié
- Adéquation de la tâche avec la blessure
- Tiers impliqué
- Autres :

Supérieur hiérarchique	Commentaire	Signature
Nom, prénom : Date :		
Responsable (N+2)	Commentaire	Signature
Nom, prénom : Date :		
Responsable (N+3)	Commentaire	Signature
Nom, prénom : Date :		
Directrice de Pôle	Commentaire	Signature
Nom, prénom : Date :		
Conseiller de prévention	Commentaire	Signature
MARCHAL Nicolas Date :		
Directeur Général des Services	Commentaire	Signature
DIEU Stéphane Date :		
Président	Commentaire	Signature
CARALP Alain Date :		

L'administration contestera systématiquement tout accident non déclaré dans les 2 heures qui suivent les faits, sauf en cas d'impossibilité justifiée (Exemple : transport de la victime dans un centre hospitalier)

