|  |
| --- |
| NewLogo  Service Prévention  Service prévention  55, rue du Val Vert - BP 138  74600 SEYNOD  🕿 : 04 50 51 86 72 – Fax : 04 50 77 29 23  Date de l’accident : ……/…… /……………  Jour : L M M J V S D  Heure : …………………  Lieu : …………………………………………………………………..  ………………….……………………………………………………  …………………………………………………………..…………  Sans arrêt de travail  puce  Avec arrêt de travail puce  Nombre de jours d’arrêt : ………………………… |

**DECLARATION D’ACCIDENT** **DU TRAVAIL**

**Année \_ \_ \_ \_ \_**

**COLLECTIVITE : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**VICTIME**

Nom, Prénom  : ……………………………………………….……………………………………………….

Age  : ………………… Date de naissance : ……/…… /……………

Latéralisation  : puce gaucher puce droitier

Métier : …………………………………………….………………………………………………………………

Grade  : …………………………….………………………………………………………………………………

Statut  : …………………………….…………………………………………………………………………….

Ancienneté dans l’emploi  : ……………………………………………….……………………………………

Horaire habituel de travail : ……………………………………………….……………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NATURE DES LESIONS | SIEGE DES LESIONS | | CONSIGNES DE SECURITE |
| 01 puce NON PRECISE  02 puce FRACTURE, FELURE  03 puce BRÛLURE  04 puce GELURE  05 puce AMPUTATION  06 puce PLAIE (coupure, écorchure)  07 puce PIQÛRE  08 puce CONTUSION  09 puce INFLAMMATION  10 puce ENTORSE  11 puce LUXATION  12 puce ASPHYXIE  13 puce COMMOTION  14 puce PRESENCE CORPS ETRANGER  15 puce HERNIE  16 puce DOULEURS LOMBAIRES  17 puce INTOXICATION  18 puce DERMITE  19 puce TROUBLES VISUELS  20 puce TROUBLES AUDITIFS  21 puce DECHIRURE MUSCULAIRE  22 puce LESION NERVEUSE  23 puce LESION DE NATURES MULTIPLES  24puce HEMATOME  25 puce DECES |  | 01 puce NON PRECISE  02 puce TÊTE  03 puce YEUX  04 puce MEMBRES SUPERIEURS  05 puce MAIN  06 puce TRONC  07 puce MEMBRES INFERIEURS  08 puce PIED  09 puce LOCALISATIONS MULTIPLES  10 puce SIEGE INTERNE  11 puce CÔTÉ DROIT  12 puce CÔTÉ GAUCHE | Existaient-elles ?  puce Oui puce Non  Description :  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  Ont-elles été respectées ?  puce Oui puce Non  Nom du chef direct: ………………………………………. |
| PROTECTION INDIVIDUELLE |
| 01 puce CHAUSSURES DE SECURITÉ  02 puce CASQUE ANTI-CHOC  03 puce CASQUE ANTI-BRUIT  04 puce GANTS  05 puce LUNETTES DE PROTECTION  06 puce HARNAIS  07 puce MASQUE DE PROTECTION  08 puce AUTRE :…………………………  ………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| Mission de l’agent au moment de l’accident : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Lieu de travail : puce Occasionnel puce Habituel Conditions météorologiques :  puce Intérieur puce Extérieur **………………………………………………………** | Elément matériel déterminant :  **………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………** |
| **DECRIVEZ SUCCINCTEMENT LES CIRCONTANCES DE L’ACCIDENT** | **OBSERVATION DU CHEF DE SERVICE** |
| 1 –Travail effectué au moment de l’accident :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………..  2 – Fait accidentel :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………..  3 – Après l’accident (ce qui a été fait) :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………… | **……………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………….**  **MESURES PREVENTIVES**  pucemise en œuvre  puce envisagées  **……………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………..**  **DEMANDE ENQUETE DE LA CHS**  puce OUI puce NON |

Signature de la collectivité employeur, date et cachet