|  |
| --- |
| NewLogoService PréventionService prévention55, rue du Val Vert - BP 13874600 SEYNOD🕿 : 04 50 51 86 72 – Fax : 04 50 77 29 23Date de l’accident : ……/…… /……………Jour : L M M J V S DHeure : ………………… Lieu : …………………………………………………………………..………………….………………………………………………………………………………………………………………..…………Sans arrêt de travail  puce Avec arrêt de travail puceNombre de jours d’arrêt : ………………………… |

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

**Année \_ \_ \_ \_ \_**

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

**VICTIME**

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

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

Latéralisation  :  gaucher  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, FELURE03 puce BRÛLURE04 puce GELURE05 puce AMPUTATION06 puce PLAIE (coupure, écorchure) 07 puce PIQÛRE08 puce CONTUSION09 puce INFLAMMATION10 puce ENTORSE11 puce LUXATION12 puce ASPHYXIE13 puce COMMOTION14 puce PRESENCE CORPS ETRANGER15 puce HERNIE16 puce DOULEURS LOMBAIRES17 puce INTOXICATION18 puce DERMITE19 puce TROUBLES VISUELS20 puce TROUBLES AUDITIFS21 puce DECHIRURE MUSCULAIRE22 puce LESION NERVEUSE23 puce LESION DE NATURES MULTIPLES24puce HEMATOME25 puce DECES |  | 01 puce NON PRECISE02 puce TÊTE03 puce YEUX04 puce MEMBRES SUPERIEURS 05 puce MAIN06 puce TRONC07 puce MEMBRES INFERIEURS 08 puce PIED09 puce LOCALISATIONS MULTIPLES10 puce SIEGE INTERNE11 puce CÔTÉ DROIT12 puce CÔTÉ GAUCHE | Existaient-elles ?puce Oui puce NonDescription :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Ont-elles été respectées ?puce Oui puce NonNom du chef direct: ………………………………………. |
| PROTECTION INDIVIDUELLE |
| 01 puce CHAUSSURES DE SECURITÉ02 puce CASQUE ANTI-CHOC03 puce CASQUE ANTI-BRUIT04 puce GANTS05 puce LUNETTES DE PROTECTION06 puce HARNAIS 07 puce MASQUE DE PROTECTION08 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 œuvrepuce envisagées**……………………………………………………………………………….****……………………………………………………………………………….****……………………………………………………………………………..****DEMANDE ENQUETE DE LA CHS**puce OUI puce NON |

 Signature de la collectivité employeur, date et cachet