Collectivité/Etablissement Public : Dossier suivi par :

A remplir informatiquement et à retourner au Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale

f.pinon@cdg41.org – 02 54 56 68 53

Le service prévention du CDG41 pourra contacter la collectivité pour recueillir des précisions sur l'accident.

Pôle Santé au Travail

Déclaration d'accident

auprès du service médical et du CST/F3SCT

Déclaration établie le :

|  |
| --- |
| **LA VICTIME***Identification de la victime* |
| **Monsieur Madame** Nom : Nom patronymique :Date d'entrée dans la collectivité : | Prénom :Date de naissance :Date d'entrée dans la FPT : | Latéralité : | D | G |

à

-

à

Horaires habituels :

**Fonction exercée** :

**Grade :**

Autre :

Filière :

**C**

**B**

**A**

**Catégorie :**

**Général :**

**Régime :**

**Fonction Publique Territoriale**

|  |
| --- |
| **L'EVENEMENT***Description de l'accident* |
| ***I) ACCIDENT :*** |  |  |
| **ACCIDENT DE TRAVAIL (AT)** |  | **ACCIDENT DE TRAJET (ATR)\*** |
| **Date de l'évènement :** |  | **Heure de l'accident (HH:mm) :** |
| **Horaires de travail le jour de l'évènement :** | à | - à |
| **\*Parcours :** |  |  |
| **\*Moyen de locomotion :** |  |  |
| **\*Cause :** |  |  |

Sans arrêt

au

**Nature des lésions : Elément matériel :**

Arrêt de travail du

Droite

Gauche

Latéralité de la blessure :

Sièges multiples

Tête : Mains : Tronc :

Membres supérieurs : Membres inférieurs :

Pieds :

Urgente

Imprévue

Nouvelle

Habituelle

**Cette tâche était :**

**Siège des lésions :**

**Activité lors de l'accident :**

**Circonstances :**

Si oui, lesquelles ?

non pas d'assistant désigné

oui non

Des mesures pour éviter un nouvel accident ont-elles été envisagées ?

oui

L'**assistant de prévention** a-t-il été informé de l'accident ?

autre (à préciser) :

harnais

**Protection(s) individuelle(s)** portée(s) lors de l'accident :

aucune lunettes ou écran de protection

casque de chantier masque de protection respiratoire

chaussures ou bottes de sécurité protection auditive

gants vêtements de haute visibilité

non

oui

***II) MESURES DE PREVENTION :***

**Protections collectives** mises en place avant l'accident : Si oui, lesquelles ?

# Suite à cet événement

Souhaitez-vous l'intervention du service prévention pour analyser

**Date et signature**

cet accident ?

**Oui**

**Non**