

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE  
TERRITORIALE DE MARTINIQUE

Maison des Collectivités Territoriales  
Zac Etang Z'abricots – B.P. 1169  
97249 FORT-DE-FRANCE cedex

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAJET

COLLECTIVITE \_\_\_\_\_  
Dossier suivi par \_\_\_\_\_ Etabli le \_\_\_\_\_  
Tel : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

L'AGENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F ☐ M ☐  
Date d'entrée dans la collectivité : \_\_\_\_\_

Régime : ☐ Spécial – C.N.R.A.C.L. ☐ Général – I.R.C.A.N.T.E.C.  
☐ Titulaire ☐ Stagiaire  
☐ Temps complet  
☐ Temps non complet nb heures travaillées/mois : \_\_\_\_\_

Cadre d'emploi : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_  
Fonction exercée (**joindre fiche de poste**) : \_\_\_\_\_  
Catégorie hiérarchique ☐ A ☐ B ☐ C  
Date de titularisation : \_\_\_\_\_  
Latéralité ☐ droitier ☐ gaucher ☐ sans objet

L'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAJET

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Heure de l'accident : \_\_\_\_\_  
Déclaré le : \_\_\_\_\_  
L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?  
☐ oui ☐ non

## CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

Jour de l'accident :    ☐ L   ☐ M   ☐ M   ☐ J   ☐ V   ☐ S   ☐ D

Tâche(s) effectuée(s) par l'agent avant les faits, au moment des faits et après les faits :

---



---

Lieu précis de l'accident : \_\_\_\_\_

---

|                                            |                                   |                      |                          |     |                          |     |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Horaire de travail le jour de l'accident : |                                   | Heures habituelles   | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Matin                                      | : de ____ h ____ à ____ h ____    | Lieu habituel        | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Après-mi                                   | di : de ____ h ____ à ____ h ____ | Travail exceptionnel | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT: (détails, croquis, éléments en cause, conditions exceptionnelles...)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Si accident de trajet :        ☐ trajet aller                      ☐ trajet retour                      ☐ accident de la circulation

Y-a-t-il eu des témoins ?                      ☐                      ☐ non

L'agent portait-il des protections individuelles ?                      ☐ oui                      ☐ non

Si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

L'agent a-t-il déjà été victime d'un accident de service ?

Dans votre collectivité      ☐ oui                      ☐ non

Dans un précédent emploi public      ☐ oui                      ☐ non

Dans un précédent emploi privé      ☐ oui                      ☐ non

| Date de l'accident | Lieu de l'accident | Nature de l'accident | Taux IPP (éventuellement) |
|--------------------|--------------------|----------------------|---------------------------|
|                    |                    |                      |                           |
|                    |                    |                      |                           |
|                    |                    |                      |                           |

Le décret du 10 juin 1985 modifié prévoit que le Comité Technique procède à l'analyse des accidents de service et maladies professionnelles graves et ou répétés.

Fait à .....

Le .....

Signature de l'assistant de prévention

Signature et cachet de l'Autorité Territoriale

## LE DECLARANT

NOM : .....Prénoms : .....

Grade : ..... Fonction exercée : .....

## CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : .....

Heure de l'accident : .....h.....

Lieu de l'accident : .....

Je déclare avoir été victime d'un accident de service (ou de trajet) qui s'est déroulé dans les circonstances suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à .....

Le .....

Signature de l'agent déclarant

COLLECTIVITE \_\_\_\_\_

### DECLARATION DE TEMOIN

#### « PERSONNE QUI A VU L'ACCIDENT »

(Si plusieurs témoins, joindre déclarations des témoins datées et signées)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Fonction au sein de la collectivité \_\_\_\_\_

Service :

#### CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : .....

Heure de l'accident : .....h.....

Lieu de l'accident : .....

Je déclare avoir été témoin de l'accident de l'agent... .....(Nom  
et Prénom de la victime) qui s'est déroulé dans les circonstances suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à .....  
le .....

Signature de l'agent témoin

## RAPPORT HIERARCHIQUE

Nom du supérieur hiérarchique \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Déclare avoir pris connaissance de la déclaration d'accident de M./Mme :

..... le .....et avoir mener une  
enquête administrative dont voici les conclusions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## DÉCISION ADMINISTRATIVE

La hiérarchie reconnaît- elle administrativement l'imputabilité de l'accident ?

ACCIDENT IMPUTABLE AU SERVICE .....☐ oui

ACCIDENT NON IMPUTABILITE AU SERVICE .....☐ non

(SI NON SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME OBLIGATOIRE)

Signature de l'agent

Signature et cachet de l'Autorité Territoriale

Date

Date