



**CENTRE DEPARTEMENTAL DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE
TERRITORIALE DE LA MARTINIQUE**

COLLECTIVITE _____

**DECLARATION DE L'AGENT VICTIME D'UNE RECHUTE D'ACCIDENT DE SERVICE OU
DE TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE**

Nom _____ Prénom _____

Nom Patronymique _____ Sexe : F M

N° Sécurité Sociale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Cadre ou Catégorie : A B C

Statut

- Fonctionnaire Titulaire
- Fonctionnaire Stagiaire

Filières

- Administrative Technique
- Culturelle Animation
- Police Municipale Sportive
- Médico-Sociale

Grade : _____ **Fonction exercée :** _____

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE LA RECHUTE

(détails, éléments en cause, conditions exceptionnelles...)

Date de l'accident : .../.../20... Heure de l'accident :h.....

Lieu de l'accident :

Date de la rechute :/...../20....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Y-a-t-il eu des témoins ? oui non *Compléter le tableau et faire remplir une fiche de témoignage à chaque personne*

Nom :	Prénom	Service :	Fonction :
Nom :	Prénom	Service :	Fonction :

Fait à
le .../.../20...

Signature de l'agent :

ENQUETE ADMINISTRATIVE

COLLECTIVITE _____

Dossier suivi par _____ Etablie le ____/____/____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT VICTIME D'UNE RECHUTE D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Nom _____ Prénom _____

Nom Patronymique _____ Sexe : F M

Date de Naissance : ____/____/____

Cadre ou Catégorie : A B C Grade : _____

Service : _____ Fonction exercée : _____

Pathologies déclarées dans le certificat médical initial liées à l'accident ou à la
maladie contractée en service :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DECISION ADMINISTRATIVE

Je soussigné _____ ,
Maire / Président / Directeur de _____ ,
Affirme avoir pris connaissance de la déclaration de rechute liée à l'accident de service ou
de trajet ou de maladie professionnelle du ___/___/_____ et mener une enquête
administrative.

CONCLUSION DE L'ENQUETE :

- RECHUTE ACCIDENT/MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE oui
 - RECHUTE ACCIDENT/MALADIE NON IMPUTABILITE AU SERVICE non
- (SI NON SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME OBLIGATOIRE)

Motivation de la décision :

.....

.....

.....

.....

Date :
Signature de l'agent déclarant :

Date :
Signature de l'Autorité Territoriale :

Cachet