

ANNEE SCOLAIRE

20 /20

Etablissement scolaire ☐ public ☐ privé

Nom :

Adresse :

.....

DECLARATION D'ACCIDENT

☐ scolaire ou ☐ du travail *

☐ en EPS ☐ hors EPS *

* cocher le case correspondante

Date de l'accident :

1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom et prénom de la victime : Sexe :

Date de naissance : Classe :

Nom et adresse du représentant légal ou du tuteur :

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

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale du représentant légal ou du tuteur :

.....

Nom et adresse de la compagnie d'assurance de l'élève et n° d'assuré:

.....
.....

L'élève a-t-il fait récemment l'objet d'un examen médical ? ☐ oui ☐ non

Quelle date ?

Une inaptitude partielle a-t-elle été constatée ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez le type d'inaptitude et sa durée :

.....
.....

2 - RAPPORT DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Lieu de l'accident : Heure :

Nature et gravité des blessures :

Nom et qualité du personnel encadrant :

.....
.....

Où se trouvait-il au moment de l'accident ? :

A-t-il vu l'accident se produire ? :

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? :

Si oui, nom et prénom du tiers :

Nom et adresse de la compagnie d'assurance du tiers et n° d'assuré :

Circonstances de l'accident :

L'élève a-t-il été soigné immédiatement ? :

Par qui ? :

Où a-t-il été conduit et par qui ? :

Nom et adresse du médecin qui a examiné l'élève :

Un procès verbal de gendarmerie ou de la police a-t-il été établi ? ☐ oui ☐ non

En indiquer le contenu :

3 - RAPPORT DU PERSONNEL ENCADRANT

Nom et qualité du personnel encadrant :

Compte rendu indiquant avec précision les causes et les circonstances :

Le personnel exerçait-il, au moment de l'accident, une surveillance effective ? ☐ oui ☐ non

Le personnel a-t-il vu l'accident se produire ? ☐ oui ☐ non

Le personnel est-il assuré en responsabilité civile ? ☐ oui ☐ non

Nom et adresse de la compagnie d'assurances, n° assuré :

A remplir En cas d'accident survenu en cours d'EPS

Résumer le projet pédagogique annuel de la classe.

Préciser dans quelle phase de ce projet se situait l'exercice au cours duquel a eu lieu l'accident :

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

Cet exercice est-il prévu par les instructions pédagogiques ou leurs annexes ? ☐ oui ☐ non

Le cas échéant, préciser quelles ont été les consignes et les mesures de sécurité prises :

.....

4 - CROQUIS

Indiquant de façon précise : la disposition générale des lieux, l'emplacement exact de l'accident, les places du personnel encadrant, de la victime, de l'auteur de l'accident, et des témoins.

A, le
(signature du personnel encadrant)

5 – TEMOIGNAGES *A Joindre au dossier*

Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire, à l'exception du personnel encadrant .
Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes

Témoin(s) :

Nom, prénom, âge et signature :

.....
.....

Les dépositions doivent contenir au moins les précisions suivantes :

- *la disposition générale des lieux*
- *l'emplacement exact de l'accident*
- *les places du personnel encadrant, de la victime, des témoins*
- *jour, heure, lieu de l'accident*
- *que faisaient au moment de l'accident :*
 - le personnel encadrant*
 - la victime*
 - les témoins*
- *qu'a fait le personnel encadrant après l'accident*

6 - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Le règlement scolaire a-t-il été lu et affiché ? :

Le blessé pratiquait-il un exercice interdit ? :

L'enseignant pouvait-il prévoir l'accident ? :

Celui-ci est-il causé par un état défectueux du local, du mobilier, du terrain ? :

Qui est propriétaire du terrain, local ?..

Attitude des parents :

7 - CONCLUSIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

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

A, le

(signature du Chef d'établissement)

IMPORTANT

Joindre avec ce rapport : ☒ un certificat médical initial constatant les blessures
☒ les dépositions éventuelles, datées et signées des témoins

pour un accident du travail : ➡ copie de la déclaration accident du travail de la **CPAM** (imprimé CERFA n°60-3682)
(à adresser dans les 48 h à la CPAM).

Transmettre ultérieurement : un certificat de guérison, pièce nécessaire à la clôture du dossier à
(DSDEN de la Mayenne – P3E/Scolarité – BP 3851 – 53030 LAVAL Cedex 9)