



## Comment déclarer un ACCIDENT DE SERVICE

ANNEXE 1

Vous êtes victime d'un accident de service

Dans les 48 heures

**Vous devez prévenir votre employeur.**

Auprès de votre établissement, ou de votre IEN **vous remplissez une déclaration**, d'accident, format A3, recto-verso, que **vous signez** et que vous remettez à **votre supérieur hiérarchique**.

**Vous devez vous rendre chez un médecin ou à l'hôpital.**

**Le médecin** qui vous examine **doit vous remettre un certificat médical initial** présentant soit une période d'arrêts de travail ou de soins et précisant les lésions.

**Aucun document ne doit être adressé à la MGEN et vous ne devez pas utiliser la carte vitale**

Les factures des différents praticiens, médecins, pharmaciens, doivent être adressées directement à l'Inspection académique

VOTRE SUPERIEUR  
HIERARCHIQUE

si aucun doute ne subsiste vous remet un **certificat de prise en charge** qu'il aura signé, vous permettant de **bénéficier de la gratuité des soins**.

transmet à la Direction des services départementaux le dossier, **seulement s'il est complet**, vérifié et signé par ses soins.

Tous les documents doivent être fournis en double exemplaire : **La déclaration**, dûment complétée, **accompagnée des pièces obligatoires (le certificat médical initial**, les témoignages éventuels, l'ordre de mission si c'est le cas, copie de l'arrêté de stagiarisation pour les stagiaires, le constat amiable pour les accidents de trajet impliquant la responsabilité d'un tiers).

Vous devez remettre à votre supérieur hiérarchique les **certificats médicaux originaux (volet 1)**, **au fur et à mesure que vous voyez votre médecin**, même si ces certificats ne présentent plus d'arrêts de travail, jusqu'au **certificat final** qui indique soit une date de guérison, soit une date de consolidation avec ou sans séquelles.

Direction des services départementaux de l'Education nationale de Seine et Marne –  
DIPATE 3 – AT - Cité administrative. 20 quai H. Rossianol - 77010 MELUN CEDEX

**Après vérification du dossier, le service des accidents du travail vous envoie un accusé-réception** de votre déclaration par la voie hiérarchique qui vous indique votre numéro de dossier, à rappeler dans chaque correspondance.

**Si votre dossier arrive incomplet, il est retourné, sans être enregistré**, à votre supérieur hiérarchique. S'il n'y a pas de suivi médical ou si les certificats ne sont pas fournis malgré les relances, le dossier est classé sans suite et vous devrez régler les praticiens directement.

## PROCEDURE RELATIVE AUX ACCIDENTS DE TRAVAIL

### 1 **Votre médecin vous délivre un arrêt de travail inférieur ou égal à quinze jours :**

Si l'accident dont vous avez été victime est reconnu imputable au service, vous recevrez sous pli recommandé avec accusé-réception, une décision d'imputabilité au service précisant les périodes de prises en charge des arrêts de travail et/ou des soins.

### 2 **Votre médecin vous délivre un arrêt de travail supérieur à quinze jours :**

Tous les dossiers comportant un arrêt de travail de plus de quinze jours doivent être soumis à l'avis d'un médecin expert.

### 3 **Expertise :**

Afin d'avoir un avis médical pour une prise de décision, ou évaluer les séquelles éventuelles de votre accident, l'administration peut être amenée à demander une expertise médicale, tout au long de l'instruction de votre dossier. Vous recevez alors à votre domicile un courrier vous invitant à vous rendre chez l'expert le plus rapidement possible.

### 4 **Votre médecin vous délivre un certificat médical final présentant une consolidation avec séquelles :**

La Direction des services départementaux pourra demander une **expertise médicale** afin d'évaluer ces séquelles.

### 5 **Règlement des prestations : gratuité des soins :**


Vous devez présenter le certificat de prise en charge que vous a remis votre supérieur hiérarchique, chaque fois que vous vous rendez chez votre médecin, pharmacien, kinésithérapeute, etc...

Si vous avez réglé des factures en rapport direct avec votre accident, vous devez en demander le remboursement à la Direction des services départementaux en adressant l'original des factures réglées accompagné d'un RIB ou RIP.

Dans tous les cas, vous ne devez envoyer aucun document à la MGEN, qui ne gère pas le risque "accident du travail" et vous ne devez pas utiliser votre carte vitale.

Pour tout renseignement complémentaire concernant votre dossier, merci de vous adresser par téléphone ou par fax au Bureau des accidents du travail :

Direction des services départementaux de l'Education nationale de Seine et Marne  
DIPATE 3 – Accidents du Travail

 01 64 41 30 83

académie  
Créteil

direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Seine-et-Marne  
éducation  
nationale



Division des Personnels  
Administratifs, Techniques  
et d'Encadrement  
DIPATE 3  
Accidents de travail

☎ 01 64 41 30 83  
☎ 01 64 41 39 61  
Mél.

ce.77dipate@ac-creteil.fr

Cité administrative  
20 Quai H. Rossignol  
77010 Melun Cédex

**Formulaire à  
envoyer  
en  
2 exemplaires:**  
(1 original + 1 copie)  
  
**en format A3  
recto-verso**  
  
à  
  
**DIPATE 3**  
  
**accompagné**  
  
**du  
certificat  
médical initial  
original**  
  
**et des pièces  
originales  
obligatoires  
(cf circulaire)**

**DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE  
D'UN FONCTIONNAIRE STAGIAIRE ou TITULAIRE**

**ADRESSE ADMINISTRATIVE**

Etablissement \_\_\_\_\_  
ou Service \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal / \_ / \_ / \_ / \_ / Ville \_\_\_\_\_

☎ administratif / \_ /

IEN (Circonscription et téléphone) \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME\***

**Renseignements personnels**

Mme  M.

NOM d'usage \_\_\_\_\_ NOM de famille \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Adresse \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal / \_ / \_ / \_ / \_ / Ville \_\_\_\_\_

☎ personnel / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

**Renseignements administratifs**

NUMEN OBLIGATOIRE / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

N° Sécurité sociale / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

**à renseigner obligatoirement**

**Catégorie de l'agent\* :**

Titulaire  Stagiaire  A  B

Si l'agent est stagiaire joindre copie de l'arrêté de stagiairisation

CORPS, GRADE \_\_\_\_\_

**CLASSES**

- enseignement pré-élémentaire  
 enseignement élémentaire  
 enseignement en collège



\* cocher la ou les cases correspondantes.



**TYPE, DATE et HEURE DE L'ACCIDENT \***

- Accident de service survenu le /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ à /\_\_/\_\_/h /\_\_/\_\_/min
- Accident de trajet survenu le /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ à /\_\_/\_\_/h /\_\_/\_\_/min

**L'AGENT A-T-IL DEJA ETE VICTIME D'UN OU PLUSIEURS ACCIDENT(S) PROFESSIONNELS OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE ?**

- OUI  NON

**SI OUI**, date(s) et nature du(des) précédents(s) accident(s) ou de maladie professionnelle :

---



---

Taux d'incapacité permanente éventuelle (IPP) /\_\_ / % à la suite de cet(s) accident(s) ou maladie

**HORAIRES DE TRAVAIL**

Matin		Après-midi		Soir	
de	à	de	à	de	à

Temps partiel - période non travaillée au titre du temps partiel : \_\_\_\_\_

**LIEU DE L'ACCIDENT\***

- Atelier  Bureau  Enseignement  Laboratoire  Terrain
- Autres (surveillance, sécurité, cuisine, jardin, etc...) \_\_\_\_\_

**LIEU ET CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT**

Environnement : bureau, atelier, terrain, route, etc, tâche exécutée, geste effectué

**CONSTATATION DES BLESSURES\***

**Les blessures apparentes sont les suivantes :**

**DATE DE LA 1ERE CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/**

- Avec arrêt de travail  Sans arrêt de travail  Décès immédiat

**SIEGE DES LESIONS** : en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher « lésions multiples »

- Tête cou  Yeux  Tronc (torse, rachis, bassin, dos)
- Membre supérieur, sauf main  Main  Lésion interne
- Membre inférieur, sauf pied  Pied  Lésions multiples
- Autres

**NATURE DES LESIONS** (cocher la case correspondant à la lésion principale)

- Amputation  Electrocutation  Lésion dentaire
- Asphyxie  Fracture  Lésion ligamentaire et musculaire
- Brûlure  Gelure  Lombalgies, dorsalgies
- Contusion, écrasement  Hernie  Piqûre, Plaie
- Corps étranger  Intoxication  Troubles auditifs
- Autres



3

### CAUSES DE L'ACCIDENT\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accident de la route | <input type="checkbox"/> Explosion                   |
| <input type="checkbox"/> Agression            | <input type="checkbox"/> Heurt (contre un meuble...) |
| <input type="checkbox"/> Chute d'objet        | <input type="checkbox"/> Manutention                 |
| <input type="checkbox"/> Chute de personne    | <input type="checkbox"/> Projection                  |
| <input type="checkbox"/> Contact exposition   | <input type="checkbox"/> Autres                      |

**ELEMENT MATERIEL ASSOCIE A L'ACCIDENT** (machine-outil, outil à main, véhicule, etc..)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ACCIDENT DE TRAJET\*

**Joindre une carte routière ou plan officiel sur lesquels seront indiqués par une croix :**

- le point de départ et le point prévu pour l'arrivée,
- le lieu de l'accident,
- le trajet suivi habituellement ainsi que celui suivi le jour de l'accident s'il diffère du trajet habituel.

**S'il a été établi un constat amiable, joindre également une copie.**

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?

- pieds  bicyclette  motorcycle  transport en commun préciser \_\_\_\_\_  
 véhicule personnel  autre (préciser) \_\_\_\_\_

Heure à laquelle la victime commence d'habitude son travail /\_/\_/ h /\_/\_/ min

L'accident est survenu sur le trajet :

1 - du domicile au lieu de travail : heure de départ du domicile /\_/\_/ h /\_/\_/ min

2 - du lieu de travail au domicile : heure de départ du lieu de travail /\_/\_/ h /\_/\_/ min

Combien de temps dure le trajet ? /\_/\_/ h /\_/\_/ min

Le trajet a été détourné :  oui  non

Motifs : \_\_\_\_\_

Le trajet a été interrompu :  oui  non

Motifs : \_\_\_\_\_

L'accident a eu lieu  avant ou  après l'interruption du trajet.

Où la victime s'est-elle rendue ou bien, où a-t-elle été transportée après l'accident ?

\_\_\_\_\_

**L'ACCIDENT A-T-IL ETE CAUSE PAR UN TIERS ?**  oui  non

1) Nom et prénom de l'auteur de l'accident \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'assurance du tiers \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_

2) Nom et adresse de votre compagnie d'assurances : \_\_\_\_\_

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? Si oui, préciser l'endroit

Commissariat de police - Gendarmerie de : \_\_\_\_\_

**TEMOIGNAGES**  
rubriques 1 et 2 à remplir obligatoirement



L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?  Oui  Non

**1 – SI OUI, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déclaration(s) datée(s) et signée(s)**

**NB : Le défaut de témoignage peut-être une condition de rejet de votre dossier.** En effet c'est au fonctionnaire à apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service. L'accident de service doit être corroboré par d'autres présomptions ou d'autres moyens de preuve qui découlent de l'enquête administrative (cf circulaire n° 91-084 du 09/04/91 section III).

4

Nom(s), prénom(s), adresse(s) et déposition(s) du ou des témoins de l'accident.

---

---

---

---

Date / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Signature des témoins

**2 – PREMIERE PERSONNE DE L'ADMINISTRATION** à laquelle l'accident a été déclaré :  
*Faire remplir ci-dessous ou joindre la déclaration*

Nom, prénom, grade, adresse et attestation

---

---

---

---

Date / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Signature de la première personne  
à laquelle l'accident a été déclaré

**Je soussigné(e), (nom, prénom de la victime)** \_\_\_\_\_  
certifie sur l'honneur l'exactitude des clauses et circonstances de l'accident et sollicite le bénéfice des dispositions de l'article 34-2, 2ème alinéa, de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.

Fait le / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

à \_\_\_\_\_

Signature de l'agent

**Nom et qualité du supérieur hiérarchique :** \_\_\_\_\_  
Nom de l'IEN pour les Ecoles

Cachet du service

**Signature du supérieur hiérarchique**  
Signature de l'IEN pour les écoles



Adresse du service chargé du règlement des prestations

Académie de Créteil  
Direction des Services Départementaux  
de l'Education Nationale de Seine-et-Marne  
DIPATE  
Cité administrative  
77010 MELUN cedex

### CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)

M .....  
Fonction .....

certifie que

M.....  
.....

a été victime d'un accident de service ou du travail le .....

L'intéressé(e) <sup>1</sup>:

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- **agent non titulaire de l'Etat**, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,
- **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2<sup>nd</sup> degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005[D1].

Fait à ..... , le .....

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

**NB : Ce certificat ne peut être remis que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service ou au travail. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.**

**Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.**

**Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).**

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles



Adresse du service chargé du règlement des prestations

**Académie de Créteil**  
 Direction des Services Départementaux  
 de l'Éducation Nationale de Seine-et-Marne  
 DIPATE  
 Cité administrative  
 77010 MELUN cedex

### VOLET RECAPITULATIF

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

#### Accident de service, du travail :

Survenu le	□□□□□□□□	à	□□ h □□
Déclaré le	□□□□□□□□		

#### Victime :

Nom de naissance : .....
Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....
Adresse personnelle : .....
Corps : .....

#### Lieu d'affectation :

--





Adresse du service chargé du règlement des prestations



Académie de Créteil  
Direction des Services Départementaux  
de l'Éducation Nationale de Seine-et-Marne  
DIPATE  
Cité administrative  
77010 MELUN cedex

### DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

**Accident de service, du travail :**

Survenu le	□□□□□□□□	à	□□	h	□□
Déclaré le	□□□□□□□□				

**Victime :**

Nom de naissance : .....
Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....
Adresse personnelle : .....
Corps : .....

**Lieu d'affectation :**

--

Date de la demande : □□□□□□□□

Signature de l'agent :

La demande de renouvellement du volet récapitulatif doit être adressée ou remise au service chargé du règlement des prestations. Cette demande de renouvellement permet à la victime d'obtenir un nouveau volet parce que le précédent a été entièrement utilisé.

## INFORMATIONS

**Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais**

*Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).*

**EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE**

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

Académie de Créteil  
Direction des Services Départementaux  
de l'Education Nationale de Seine-et-Marne  
DIPATE  
Cité administrative  
77010 MELUN cedex

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants :

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES ET DES COORDONNEES BANCAIRES.**

↳ Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.