

**1er degré**

**RAPPORT D’ACCIDENT**

**PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE**

**Réf. BO N° 43 du 19 novembre 2009**

Cette déclaration doit être établie **dans les 48 heures,** et adressée par le directeur d'école et **S/C IEN de la circonscription** à : **Direction Départementale des Services de l’Education Nationale – DIVEL**

En fin d’année scolaire, les rapports d’accidents devront impérativement, parvenir à l’IA **au plus tard le 14 juillet.**

|  |
| --- |
| **TRANSMISSION DES DONNEES PERSONNELLES :**Les familles ont - elles été contactées pour la transmission de leurs coordonnées ? **OUI - NON**Ont - elles donné leur **accord ECRIT** ? **Auteur : OUI – NON**  **Victime : OUI - NON** |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS GENERALES** |
| **Jour : ……………………………………………………… Heure : ………………………………………………………..**  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR L’ECOLE** |

###### RNE ou UAI : …….…….…………………………………

###### CIRCONSCRIPTION :………………………………………Commune :…………………………………………………..

######  Nom et adresse de l’école (maternelle / élémentaire / primaire) :  ……………………………………………………….…….…………………………………………………………………….

###### ……………………………………………………….…….…………………………………………………………………….

###### N° de tél. : …………………………………………………Courriel : ………………………………………………………

###### Nom du directeur ou de la directrice :………………………………………………………………………….………...

###### Nom de l’enseignant(e) de la classe :………………………….………………………………………….……………...

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LA VICTIME** |

**Nom et prénom de l’élève blessé :………………………………….……..… date de naissance :…….…………**

**Classe :………….…………………………………………………sexe : M - F**

**Nom, prénom et adresse du responsable légal :……………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Profession du responsable légal : …………………………………………………………………………………….**

**Les parents sont-ils inscrits à la sécurité sociale ?  oui ⬜ non ⬜**

**Numéro d'assuré social : ……………………………………………………………………………………………….**

**Régime d’assurance : général – fonctionnaire – mutualité agricole**

**Les parents sont-ils inscrits à une mutuelle ? oui ⬜ non ⬜**

**Les parents ont-ils souscrit une assurance ? oui ⬜ non ⬜**

**Dans l’affirmative, avec une responsabilité civile seule oui ⬜ non ⬜**

 **ou jumelée avec responsabilité individuelle oui ⬜ non ⬜**

**Nom et adresse de la compagnie d’assurance : …………………………………………………………………….**

**Numéro de la police d’assurance : …………………………………………………………………………………….**

**DOMMAGE(S) CORPOREL(S)**

**Localisation et nature : …………………………………………………………………………………………………….**

**Nom et adresse du médecin qui a procédé à l'examen de l'élève : …………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Certificat médical indiquant avec précision le(s) dommage(s) corporel(s) constaté(s) : OUI – NON**

**(Si oui le joindre)**

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR L’AUTEUR ou SUR LES AUTEURS** |
| **L’accident a-t-il été causé par un tiers ? : OUI - NON (nom, adresse,)****Nom et prénom :………………………………………………… date de naissance :…….…………………………****Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………****Profession du tiers : ………………………………………………………………………………………………………****L’accident a-t-il été causé par un autre élève ? : OUI - NON****Nom et prénom :………………………………………………… date de naissance :…….…………………………****classe :………….……………………………………. Sexe : M - F****Nom, prénom et adresse du responsable légal :……………………………………………………………………****………………………………………………………………………………………………………………………………..****Profession du responsable légal : …………………………………………………………………………………….****Les parents ont-ils souscrit une assurance ? oui ⬜ non ⬜****Dans l’affirmative, avec une responsabilité civile seule oui ⬜ non ⬜** **ou jumelée avec responsabilité individuelle oui ⬜ non ⬜****Nom et adresse de la compagnie d’assurance : ……………………………………………………………………****Numéro de la police d’assurance : ……………………………………………………………………………………** |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LES PERSONNELS CONCERNES** |
| **Nom : …………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………… Fonction : ……………………………………………………………………………………………………………………****Adresse administrative : …………………………………………………………………………………………………****N° de tel. : …………………………………………………… Courriel : …………………………………………………****L'agent est-il assuré en responsabilité civile ? OUI – NON****Nom et adresse de la compagnie d’assurance : ……………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………………………………………………………………****Numéro de la police d’assurance : ……………………………………………………………………………………..** |

|  |
| --- |
| **Questionnaire relatif à l'ACCIDENT** |
| **Jour : ……………………………………………………… Heure : ………………………………………………………..** **Moment (entrée, sortie, classe, récréation, trajet, etc.) : …………………………………………………………….****Lieu (salle de classe, cour, escalier, rue, etc.) : ……………………………………………………………………….****L’AGENT****Où se trouvait l'agent au moment de l'accident ? : ……………………………………………………………………****Que faisait l'agent au moment de l'accident ? : ……………………………………………………………………….****Exerçait-il une surveillance effective ? : ………………………………………………………………………………...****L'agent a-t-il vu l'accident se produire ? : ………………………………………………………………………………****Pouvait-il l'anticiper ? : ……………………………………………………………………………………………………..****LA VICTIME****La victime pratiquait-elle un exercice autorisé ou interdit ? : ………………………………………………………..****Si oui, lequel ? : ……………………………………………………………………………………………………………….****L'accident est-il imputable à un état défectueux du terrain, local, des installations ? : OUI - NON****MESURES PRISES APRES L’ACCIDENT****La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? : OUI – NON****Par qui ? : ………………………………………………………………………………………………………………………****Où a-t-elle été conduite ? : ………………………………………………………………………………………………….****Par qui ? : ………………………………………………………………………………………………………………………****La famille a-t-elle été prévenue ? : OUI – NON Par qui ? …………………………………………………………..****RAPPORT de l'agent responsable de la surveillance enseignant ou autre personnel, indiquant avec précision les causes et les circonstances de l'accident :****………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………………………………….****…………………………………………………………………………………………………………………………………….****…………………………………………………………………………………………………………………………………….** **Un PROCES VERBAL de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? : OUI – NON****En indiquer le contenu (ou joindre une copie) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****DRESSER UN CROQUIS indiquant :****- La disposition générale des lieux (préciser l'échelle)****- Le lieu de l'accident****- La place de l'agent (avec une flèche indiquant la direction de son regard), de la victime, de l'auteur éventuel de l'accident, des témoins et éventuellement de l'auteur de l'accident (y coller, le cas échéant, une ou plusieurs photographies des lieux).** |
| **TEMOIGNAGE(S)****Modalités de rédaction des témoignages originaux, sans préjudice des dispositions susmentionnées relatives à l'obligation d'occulter les mentions mettant en cause l'identité des témoins lors d'une communication éventuelle à la famille de l'élève victime** |

|  |
| --- |
| **Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire à l'exception de l'agent chargé de la surveillance. Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes. Les dépositions doivent comporter au moins les précisions suivantes :****- Jour, heure, lieu de l'accident****- Que faisaient au moment de l'accident le professeur, la victime, les témoins ?****- Où était l'agent responsable de la surveillance ?****- Qu'a-t-il fait après l'accident ?****.** **Premier témoin****Nom : ………………………………… Prénom : ……………………………….. Âge (s'il est élève) :………………..****Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………****Déposition ……………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****.** **Deuxième témoin** **Nom : ………………………………… Prénom : ……………………………….. Âge (s'il est élève) :………………..****Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………****Déposition ……………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****. Troisième témoin****Nom : ………………………………… Prénom : ……………………………….. Âge (s'il est élève) :………………..****Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………****Déposition ……………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

**Fait à : ………………………………………………………………, le : …………………………………………………….**

**Signature du directeur ou de la directrice d'école, auteur du rapport ci-dessus :**

**Signature de l’agent de surveillance :**

**Signature de l’Inspecteur de l’Education Nationale :**