



## DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE ET DE MALADIE PROFESSIONNELLE

### RAPPORT HIERARCHIQUE

L'article 33 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée relative à la Fonction Publique Territoriale dispose que le Comité Technique Paritaire est consulté à la suite de tout accident mettant en cause l'hygiène ou la sécurité ou ayant pu entraîner des conséquences graves. Cette disposition concerne tous les agents des collectivités territoriales, titulaires ou non titulaires, à temps complet ou à temps non complet. Elle a pour objectif d'éviter qu'un tel accident ne se reproduise.

L'article 16 de l'arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière prévoit que celles-ci soient saisies de tous témoignages, rapports et constatations propres à éclairer son avis. Ce rapport hiérarchique permet de rassembler les informations nécessaires.

Collectivité : .....

Effectif de la collectivité : .....  
(Fonctionnaires et agents non titulaires confondus)

Organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité :

CHS       CTP       CTP Intercommunal

---

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT**

---

Nom : .....      Prénom : .....

Date de naissance :    | | |    | | |    | | |

Fonctionnaire stagiaire     Fonctionnaire titulaire   
Agent non titulaire (contractuel, auxiliaire, vacataire)

Grade : .....

Métier exercé : .....

Ancienneté dans le métier : .....

Agent polyvalent

Nombre d'heures hebdomadaires :    | | |    H    | | |

---

### NATURE DE L'ÉVÉNEMENT

---

Accident de service avec arrêt  sans arrêt

Accident de trajet avec arrêt  sans arrêt

Maladie professionnelle avec arrêt  sans arrêt

Nombre de jours d'arrêt : .....jour(s)

Décès

Si l'accident entraîne **plus de 15 jours d'arrêt de travail** ou s'il s'agit d'une **maladie professionnelle** et que **l'agent est fonctionnaire relevant de la CNRACL**, la commission de réforme devra être saisie.  
Se reporter à la fin de l'imprimé pour connaître les pièces à joindre à cet imprimé.

---

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

---

Date de l'accident : | | | | | | | |

Heure de l'accident : | | | H | | |

Heures de travail le jour de l'accident : | | | H | | | à | | | H | | |  
et de | | | H | | | à | | | H | | |

Heures habituelles  OUI  NON

Lieu habituel  OUI  NON

Travail habituel  OUI  NON

Si non, préciser les raisons du caractère inhabituel :  
.....  
.....  
.....  
.....

Trajet habituel  OUI  NON

Si la réponse est non, préciser le motif du détour : .....  
.....

• Accident signalé le : | | | | | | | | à | | | H | | |

par M.

.....  
(Nom, Prénom, Grade, Fonction)

• Témoins (Joindre les déclarations des témoins datées et signées)

Nom : Prénom :

• Tiers en cause

Nom : Prénom :

**Activité lors de l'accident**

- Action sociale
- Activité funéraire
- Animation
- Chantier de bâtiment
- Collecte et traitement des ordures ménagères
- Entretien des espaces verts
- Incendie/ Secours
- Maintenance des locaux et du matériel
- Nettoyage des locaux
- Réseau d'assainissement/ Traitement des eaux
- Restauration collective
- Surveillance/ Contrôle
- Travail administratif
- Travail sur la voirie
- Trajet
- Autre (préciser)

**Élément matériel**

- Animal
- Chute ou glissade de plain-pied
- Chute ou glissade avec dénivellation
- Electricité
- Machine portative guidée à main
- Autre machine (préciser)
- Manutention de charges
- Objet en mouvement accidentel
- Outil à main
- Produit chimique
- Véhicule ou engin en mouvement
- Autre (préciser)
- Pas d'élément matériel

**Nature des lésions**

- Contusion
- Brûlure, gelure
- Déchirure, douleur musculaire
- Ecrasement, amputation
- Electrocutation
- Entorse, luxation
- Fracture
- Hernie
- Inflammation et dermite
- Intoxication
- Lésion nerveuse
- Lésions généralisées
- Lumbago
- Plaie et piqûre
- Autre (préciser)

**Siège des lésions**

- Tête
- Œil
- Cou
- Colonne vertébrale
- Thorax
- Abdomen
- Bassin
- Epaule, bras, coude
- Avant bras, poignet
- Main
- Cuisse
- Genou, jambe, cheville
- Pied
- Sièges multiples
- Voies respiratoires/ voies digestives
- Autre (préciser)

Latéralité de l'agent :  Droitier  Gaucher

Circonstances détaillées de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Des mesures de prévention sont-elles envisagées pour éviter que ce genre d'accident ne se reproduise ?

OUI

NON

Si oui, quelles sont-elles?

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

Permettez-vous que le service prévention prenne directement contact avec l'agent accidenté ?

OUI

NON

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations.

A ....., le.....  
le.....

A.....,

Signature de l'agent

Signature de l'autorité territoriale

**PIECES A JOINDRE A L'IMPRIME EN CAS DE SAISINE  
DE LA COMMISSION DE REFORME**

➤ **En cas d'accident de service**

- Certificats médicaux d'arrêt de travail avec mention des lésions
- Déclaration écrite de l'agent

➤ **En cas d'accident de trajet**

- Plan du trajet suivi, faisant mention des lieux de départ et d'arrivée de l'accident
- Déclaration écrite de l'agent
- Le cas échéant, procès-verbal de gendarmerie ou de police (document pouvant être obtenu auprès des services du Procureur de la République)

➤ **En cas de maladie professionnelle**

- Descriptif des fonctions exercées par l'agent au cours de sa carrière :
  - Activités et tâches exercées
  - Fréquence des activités et tâches
  - Matériel et produits utilisés à l'occasion de ces activités
- Certificats médicaux d'arrêt de travail avec mention des lésions
- Expertise du fonctionnaire par un médecin agréé

Coordonnées du secrétariat de la Commission de réforme :

[AlexandreP@cdg-64.fr](mailto:AlexandreP@cdg-64.fr)

[LidiaS@cdg-64.fr](mailto:LidiaS@cdg-64.fr)