

## DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 1<sup>er</sup> degré

Commune : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

*Cachet de l'école*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE ACCIDENTE (à compléter par le directeur de l'école)

NOM de la victime : ..... Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Prénom(s) : ..... Classe : .....

Date de l'accident : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Heure : |\_|\_| H |\_|\_|

Lieu de l'accident : .....

Moment (entrée - sortie - classe - récréation - trajet) : .....

L'accident a -t- il eu lieu pendant l'activité EPS ? OUI  NON

Le dommage corporel a -t- il été précisé par un médecin ? (dans l'affirmative, indiquez le nom et l'adresse du médecin et **joindre un certificat médical**) : OUI  NON

.....

Nom et prénom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Profession : .....

N° de sécurité sociale : |\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|

L'enfant est-il couvert par une assurance individuelle ? OUI  NON

Si oui, précisez le nom et l'adresse de la compagnie : .....

.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES TIERS EVENTUELS**  
(à compléter par le directeur de l'école et l'enseignant chargé de la surveillance)



**Renseignements communicables aux familles de l'élève auteur ou victime qu'après autorisation expresse des représentants légaux de l'élève impliqué(e) ou du tiers impliqué**

**L'accident a -t- il été causé par un autre élève ? OUI  NON**

Si oui,

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Classe : .....

Nom et Prénom du responsable légal de cet élève : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance "responsabilité civile" :

**L'accident a -t- il été causé par un tiers ? OUI  NON**

Si oui,

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Fonction au sein de l'école : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance "responsabilité civile" :

**RAPPORT DE L'ENSEIGNANT DE SERVICE CHARGE DE LA SURVEILLANCE  
(à compléter par l'enseignant de service lui-même)**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Qualité : .....

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance responsabilité civile : .....  
.....

Etiez-vous présent(e) ? OUI  NON  Si oui, à quel endroit : .....

Exerciez-vous une surveillance effective ? OUI  NON

Si non, pour quelle raison ? .....

Avez-vous vu l'accident se produire ? OUI  NON  Pouviez-vous l'anticiper ? OUI  NON

La victime pratiquait-elle un exercice autorisé ou interdit ? : .....

L'élève a -t-il été soigné immédiatement ? OUI  NON  Si oui, par qui : .....

Domage(s) corporel(s) : .....

Où l'enfant a -t-il été conduit ? .....

Par qui ? : .....

L'accident est-il imputable à un état défectueux des locaux, du terrain ou des installations ?

OUI  NON

Si oui, précisez : .....

La famille a -t- elle été prévenue ? OUI  NON  Si oui, par qui ? : .....

**RAPPORT précisant les circonstances de l'accident :**



Dans le respect de la vie privée, ne pas mentionner les noms des personnes impliquées : les désigner par Victime 1, Auteur 1, Tiers 1, Tiers 2 ...

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

**Croquis** à dresser ci-après indiquant :

- la disposition générale des lieux (préciser l'échelle),
- le lieu de l'accident,
- la place de l'enseignant (avec une flèche indiquant la direction de son regard), de la victime, de l'auteur éventuel de l'accident, des témoins

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a -t-il été établi ? OUI  NON

Si oui, en indiquer le contenu : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le | | | | | | | |

Signature de l'enseignant(e) :

## TEMOIGNAGES

Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire, à l'exception de l'enseignant chargé de la surveillance. Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes<sup>(1)</sup>. Les dépositions doivent contenir au moins les précisions suivantes :

- jour, heure, lieu de l'accident
- que faisaient au moment de l'accident l'enseignant, la victime, les témoins ?
- où était l'enseignant ?
- qu' a -t- il fait après l'accident ?



**Identité des témoins communicable aux familles de l'élève auteur ou victime qu'après autorisation expresse de ceux- ci**

### 1<sup>er</sup> témoin :

Nom : ..... Prénom (s) : .....

Age (s'il est élève) : .....

Adresse : .....

Témoignage : .....

.....

.....

Date : | | | | | | | | | |

Signature :

### 2<sup>nd</sup> témoin :

Nom : ..... Prénom (s) : .....

Age (s'il est élève) : .....

Adresse : .....

Témoignage : .....

.....

.....

.....

## RAPPORT DU DIRECTEUR DE L'ECOLE

Ce rapport doit préciser si la surveillance était assurée normalement et quelle conduite a été tenue à la suite de l'accident :

.....

.....

.....

L'action en responsabilité née à raison d'un événement ayant entraîné un dommage corporel, engagée par la victime directe ou indirecte des préjudices qui en résultent, se prescrit par 10 ans à compter de la date de consolidation du dommage initial ou aggravé. Cette prescription est toutefois suspendue jusqu'à la majorité de l'élève victime de l'accident, lorsque la demande est formulée au nom de cet élève, soit jusqu'à ses 28 ans. **Il appartient au directeur d'école de mettre en œuvre un mode de conservation des documents relatifs aux accidents scolaires (circulaire n°2009-154 du 27/10/2009) respectant ce délai.**

Date : | | | | | | | | | |

Signature :

## PARTIE RESERVEE A L'IEN

Observations éventuelles : .....

.....

.....

Archivé en circonscription le | | | | | | | | | |

Signature :