

- Service chargé de la gestion administrative du dossier d'accident :
DSDEN 40 / DAGEFOR / Pôle des Affaires médicales
D.S.D.E.N. des Landes - 5, Avenue Antoine Dufau – BP 389 -40012 Mont de Marsan cedex
(Tél 05 58 05 66 66 poste 605)
- Service chargé du règlement des prestations : DSDEN 40 / DAGEFOR / Pôle des Affaires
financières (Tél : 05 58 05 66 66 poste 619)

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DU TRAVAIL (*) DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAJET

- Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat,
Personnels éducation nationale affectés dans le département des Landes, hors rectorat et
hors enseignement supérieur –

(*) Accident de service : Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1^{er} et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés)
Accident du travail : Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire, ou contractuel de droit public sous contrat à plein temps (100%) et au minimum à l'année, et vous venez d'être victime d'un accident durant votre service ou sur votre trajet professionnel.

Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, ou –pour les personnels contractuels- de l'article 2 du Décret 86-83, vous devez transmettre au bureau en charge de la gestion des affaires médicales des personnels, subrogé à l'assurance-maladie, et **dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident**, un dossier de demande d'imputabilité comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- sous pli fermé, le certificat médical CERFA d'AT n°11138, volets 1 et 2 originaux, **établi dans les 24 heures** pour le certificat initial, et indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant (fournir ensuite, sans hiatus, les certificats de prolongation et final, volets 1 et 2 originaux) ;
- les annexes justificatives récapitulées en fin de formulaire.

i Informations complémentaires :

- si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre l'arrêt de travail (volet employeur) **dans le délai de 48 heures** suivant son établissement à votre hiérarchie ;
- le dépôt de ce dossier **exclut toute déclaration à la CPAM**, y compris via la MGEN ;
- le présent formulaire est à **établir, à compléter et à transmettre par la seule victime** ou, en cas d'incapacité, par un ayant-droit légal ;
- le dossier complété (rubriques et annexes) doit être adressé par le demandeur à la DSDEN des Landes, Division DAGEFOR, Pôle des Affaires médicales **dans les 15 jours suivant l'accident** ; **le non-respect du délai, sauf cas de force majeure établi par l'agent et recevable, entraîne le rejet** (art.47-3 du D. 86-442 ; applicable à/c du 1^{er} avril 2019) ;
- **seuls les dossiers complets pourront être traités** ;
- en cas d'enquête administrative et/ou d'expertise médicale, signifiée(s) à l'agent, l'administration dispose d'un **délai de quatre mois** pour apporter sa réponse ; à défaut, au-delà, à titre temporaire dans l'attente de la décision, l'agent est maintenu à plein traitement, susceptible de récupération en cas de rejet final.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Madame Monsieur

NOM d'usage : NOM de naissance :

prénom : date et lieu de naissance :

n° INSEE (*Sécurité Sociale*) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

adresse personnelle complète :

.....

téléphone : courriel :

établissement, service, école, circonscription :
pour les établissements privés : application art. L471-2 du Code de l'Education

adresse complète:

.....

téléphone & courriel :

fonctionnaire de catégorie : A B C titulaire stagiaire
ou enseignant du privé sous contrat avec l'Etat : 1^{er} 2nd degré contractuel agréé
ou contractuel de droit public, à temps complet ET sous contrat à l'année ou + (*conditions cumulatives*)

catégorie (*contractuels*) :

corps et grade : discipline (*enseignants*) :

votre activité professionnelle principale :

quotité de travail :% précisez les jours travaillés :

date d'affectation dans ce poste :

ACCIDENT

accident de service trajet ; date : jour : heure :
(jj/mm/aaaa) (L/M/Me/J/V/S/D) (hh.mn)

horaires de travail le jour de l'accident (*joindre emploi du temps ou ordre de mission, contresigné par la hiérarchie*) :

matin	interruption/repas	après-midi	soir (<i>joindre justificatif</i>)
.....h..... àh.....h..... àh.....h..... àh.....h..... àh.....

lieu précis de l'accident :

.....

.....

précisez (*plusieurs réponses possibles*) :

Lieu de travail habituel sur le trajet entre le domicile et le travail
 Lieu de travail occasionnel sur le trajet entre le lieu de restauration et le lieu de travail
 Lieu de télétravail au cours d'une mission pour l'employeur
 Lieu de restauration habituel autre : précisez :

activité de la victime lors de l'accident (*environnement – bureau, escalier, route, ...- tâche exécutée, ...*) :

description et nature de l'accident (*chute, agression, collision, ...*) :

constat médical (*certificat initial*) : date : heure :

témoins : oui (*faire compléter par chaque témoin un imprimé-type de témoignage*)
 non (*en l'absence de témoin, faire compléter par la 1^{ère} personne informée un imprimé-type de témoignage*)

accident impliquant la responsabilité d'un tiers : oui (*compléter la fiche de recours contre tiers*) non

si oui, NOM, prénom, qualité et adresse :

société d'assurance du tiers (*nom et adresse, numéro de la police d'assurance*) :

un procès-verbal de police ou de gendarmerie a-t-il été établi : oui (*joindre copie*) non

si oui : commissariat ou brigade :
en cas d'agression ou de délit de fuite : joindre copie du PV de dépôt de plainte (ne peut vous être refusé) et contactez le service juridique du rectorat pour application de la protection juridique du fonctionnaire (art.11 de la Loi 83-634).

accident de trajet : du domicile au travail du travail au domicile heure de départ :

durée du trajet : moyen de locomotion utilisé :

le trajet a-t-il été détourné ? oui non le trajet a-t-il été interrompu ? oui non

si oui, motif(s) :

l'accident a eu lieu : avant pendant après l'interruption du trajet ?

où vous êtes-vous rendu(e), où avez-vous été transportée(e), après l'accident ?

a-t-il été établi un constat amiable ? oui (*le joindre recto et verso*) non, expliquez pourquoi :

Précédents : avez-vous déjà été victime d'un ou plusieurs accidents de service ou de trajet reconnu(s) ? oui non

Si oui, date(s) et nature(s) de ces accidents (*précisez les lésions reconnues*) :

PIÈCES À JOINDRE

pièces à joindre obligatoirement :

- sous pli fermé**, certificats médicaux sur CERFA d'AT n°11138 (*initial, de prolongation, final*), **volets 1&2 originaux** ;
- emploi du temps** officiel de l'agent, **certifié** par le responsable hiérarchique ; ou **convocation, ordre de mission** ; programme détaillé du séjour, liste d'émargement du stage ;
- éléments justificatifs**, relatifs aux **date, heure, lieu et circonstances** de l'accident, notamment **témoignage(s)**, détaillé(s) et identifié(s) (**sur l'imprimé modèle en ligne**) ;
- rapport** préalable, établi par le responsable hiérarchique : chef d'établissement 2nd degré public ou privé, IEN, chef de service public déconcentré (**sur l'imprimé modèle en ligne**) ;
- extrait de plan et/ou schéma, **détaillé et commenté** des lieux de l'accident, avec emplacements identifiés (*nominatifs*) des protagonistes et témoins ;
- extrait de plan et/ou de carte officiel(s), **avec indication** des points de départ, d'arrivée, du lieu de l'accident, et circuit habituel (+ *circuit le jour de l'accident si différent*) (**accident de trajet**) ;

pièces utiles à l'instruction, à joindre selon les cas d'espèce :

- certificats de prise en charge par les secours (*SDIS, SAMU, ...*) ;
- certificats et rapports d'hospitalisation ;
- copie du registre d'infirmerie ; témoignage de l'infirmière (**sur l'imprimé modèle en ligne**) ;
- copie du procès-verbal de police ou de gendarmerie, du dépôt de plainte ;
- copie du **constat amiable** (*recto et verso*)
- lettre de votre assurance** sur les responsabilités retenues (**accident de trajet**) ;
- questionnaire complété **si la responsabilité d'un tiers est engagée** (**sur l'imprimé modèle en ligne**) ;
- copie du **contrat de travail** (*agents non-titulaires contractuels de droit public ≥ 1 an et à temps complet*) ;
- autre(s), précisez :

CERTIFICATION

RAPPEL À LA LOI (voir fiche annexe) : L'établissement ou l'usage de fausse déclaration, attestation ou faux certificat, ou la tentative, constituent des infractions, avec circonstances aggravantes quand cette infraction s'opère au préjudice du Trésor Public et est le fait d'une personne chargée d'une mission de service public (*CODE PENAL art.441-1 à 441-10*). Il en est de même de l'escroquerie ou de sa tentative (*CODE PENAL art.313-1 à 313-7*). Faciliter ces infractions est passible aussi de poursuites pénales et disciplinaires. Les décisions obtenues par fraude ne sont pas créatrices de droit et peuvent être retirées ou abrogées sans condition de délai (*notamment CONSEIL D'ETAT n°223027 du 29/11/2002, & 332650 du 31/03/2010*)

Je, soussigné(e) (*NOM, Prénom du demandeur*) :

certifie sur mon honneur l'exactitude des informations portées dans mon dossier de demande et sollicite le bénéfice des dispositions de l'article 21bis de la Loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, ou de l'article 2 du Décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels.

Fait le (*date*)..... à (*lieu*)..... **Signature de l'agent :**

ATTENTION : un dossier incomplet ne peut donner lieu à décision d'octroi ; l'administration n'effectuera qu'une relance ;

ⓘ **Dans l'attente de la décision initiale de l'administration, pensez à solliciter auprès de votre hiérarchie (*) le certificat provisoire de prise en charge** (1 exemplaire original par accident ; recto et verso).

(*) IEN/1^{er} degré public et privé, Chef d'établissement/2nd degré public, DGEP/2nd degré privé ; chef de service/Services déconcentrés.