ACADÉMIE
DE BORDEAUX
Liberté
Égalité
Fraternité

Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH)

Formulaire de déclaration d'accident du travail

Le formulaire est complété par l'établissement d'affectation et transmis par mail à l'employeur dans les 48h suivant l'accident

---

Préciser le département d'affectation : ☐ 24 ☐ 33 ☐ 40 ☐ 47 ☐ 64
PIAL (indiquer le nom et le RNE) : ……..

La VICTIME

N° de sécurité sociale : ……
Date de naissance : ……
Nom de naissance suivi du nom d'usage : ……..
Prénom : ……
Adresse : ……
Nationalité : ……
Date d'embauche : ……
Contrat : CDD □ CDI □

L'ACCIDENT

Date : …… Heure : ……
Lieu de l'accident (Nom + adresse) : ……
……..
□ Lieu de travail habituel
□ Lieu de travail occasionnel
□ Lieu de repas
□ Au cours du trajet domicile lieu de travail
□ Au cours du trajet travail lieu de repas
□ Au cours d'un déplacement pour l'employeur
Activité de la victime lors de l'accident : ……
Nature de l'accident : ……
Objet dont le contact a blessé la victime : ……
Siège des lésions : ……
Nature des lésions (selon avis médical) : ……..
Horaire de travail le jour de l'accident : Matin de ……à…… Après-Midi de ……à……
Accident connu le …./…./……. .....□ Par l'établissement □ Décrit par la victime
Conséquences : □ Sans arrêt de travail □ Avec arrêt de travail

Le TEMOIN ou la PREMIERE PERSONNE AVISEE

Nom et prénom : ……
Adresse : ……

Le TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers : □ Oui □ Non
Si OUI, nom et adresse du tiers : ……
Société d'assurance du tiers : ……
Nom et prénom : ……
Adresse : ……

Fait à ……., le …….

Signature de l'établissement d'affectation
Nom et prénom du signataire : ……..
Qualité : ……

Signature de l'AESH (si possible)