



86
CENTRE DE
GESTION
de la fonction publique
territoriale de la Vienne

Service Santé et Sécurité au Travail

Déclaration d'événement

pour remplissage de la base de données

Déclaration établie le :

À remplir informatiquement et à retourner au Centre de Gestion de Fonction Publique Territoriale
sst@cdg86.fr – 05 49 49 12 10

Collectivité/Établissement Public :

Dossier suivi par :

LA VICTIME

Identification de la victime

Monsieur

Madame

Nom :

Prénom :

Nom patronymique :

Date de naissance :

Latéralité : D G

N° de sécurité sociale :

Matricule :

Date entrée dans la collectivité :

Date entrée dans la FPT :

Régime :

Fonction Publique Territoriale :

Général :

Catégorie : A B C

Filière :

Autre :

Grade :

Fonction exercée :

Type d'horaires :

Horaires habituels :

à

-

à

Quotité de travail (%) :

Heures hebdomadaires (HH:mm) :

L'ÉVÉNEMENT

Description de l'accident ou de la maladie

I) ACCIDENT :

ACCIDENT DE TRAVAIL (AT)

ACCIDENT DE TRAJET (ATR) *

Date de l'événement :

Heure de l'accident (HH:mm):

Horaires de travail le jour de l'événement :

à

-

à

*Parcours :

*Moyen de locomotion :

*Cause :

Circonstances :

Siège de lésion :

Tête :

Mains :

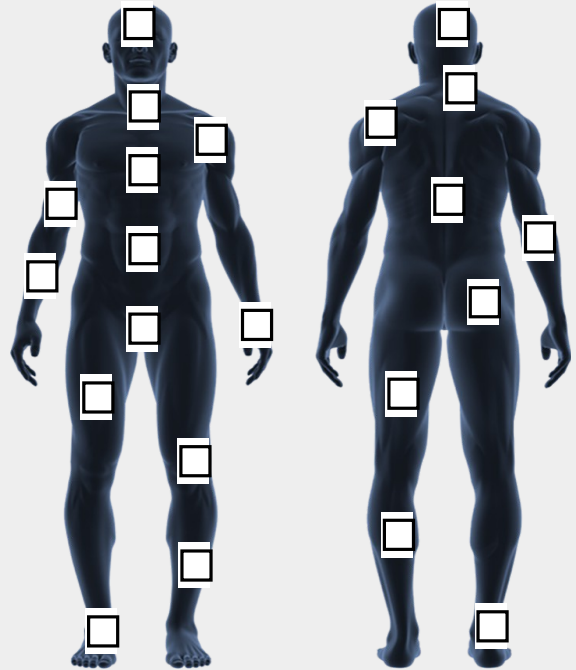
Colonne vertébrale :

Tronc :

Membres supérieurs :

Membres inférieurs :

Pieds :



Latéralité de la blessure : Gauche Droite Sans objet

Nature de lésion :

Facteur potentiel :

Élément matériel :

Arrêt de travail du au

II) MALADIE :

MALADIE PROFESSIONNELLE (MP) *

MALADIE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE (MOP)
(maladie hors tableau)

*N° du tableau des MP :

Description précise des travaux habituels effectués à l'époque où a été contractée la maladie :

Description des substances à l'origine de la maladie :

Date de certificat initial ou 1er diagnostic :

Date de début d'exposition :

Suite à cet événement

Souhaitez-vous l'intervention du Service santé et sécurité au travail ? OUI NON

Souhaitez vous saisir le Comité Technique en formation CHSCT pour information ? OUI NON