



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

Service Public de l'Emploi Temporaire

FICHE ACCIDENT

pour remplissage de la déclaration

Déclaration établie le :

À remplir informatiquement et à retourner au Centre de Gestion de Fonction Publique Territoriale
i-brothier@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 :

Agent du régime général :

Catégorie : A B C

Filière :

Autre :

Grade :

Fonction exercée :

Type d'horaires :

Horaires habituels :

à

-

à

L'ÉVÉNEMENT

Description de l'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

Adresse exacte de l'accident :

*Parcours :

*Moyen de locomotion :

*Cause :

Circonstances :

Siège de lésion :

Tête :

Mains :

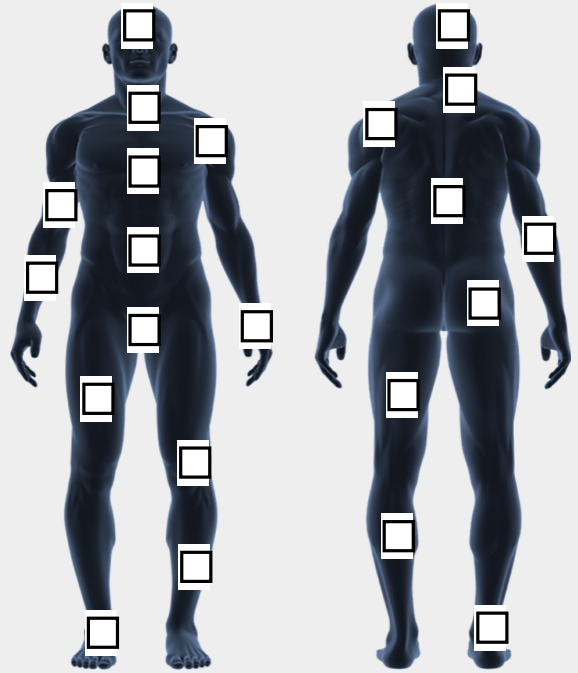
Colonne vertébrale :

Tronc :

Membres supérieurs :

Membres inférieurs :

Pieds :



Latéralité de la blessure : Gauche Droite Sans objet

Nature de lésion :

Élément matériel :

Sans arrêt de travail

Avec arrêt de travail du

au

TEMOIN :

Présence de témoin

ou la 1ère personne avisée (en cas d'absence de témoin)

Nom, prénom :

Adresse :

TIERS :

Accident causé par un tiers ? Oui Non

Si oui, nom et adresse du tiers :

Société d'assurance du tiers :