



CENTRE DE GESTION DE LA  
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Village des Collectivités Territoriales

1 avenue de Tizé - CS 13600 - 35236 THORIGNÉ-FOUILLARD CEDEX - Téléphone 02 99 23 31 00 - Télécopie 02 99 23 38 00 - www.cdg35.fr - E-mail : contact @cdg35.fr

## PROCEDURE DE DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

**DOCUMENTS A ENVOYER AU SERVICE CONDITIONS DE TRAVAIL DU CENTRE DE GESTION (envois séparés selon l'objet de votre demande) SI VOUS ADHEREZ :**

### ➤ A LA MEDECINE PREVENTIVE UNIQUEMENT

- Feuille 1 de la présente déclaration
- Copie du compte-rendu d'accident de service complété
- Volets 1 des certificats médicaux liés à l'accident de travail ou de trajet (originaux ou copies)
- Décision d'imputabilité de la collectivité signée par une personne habilitée à engager la collectivité

En cas de saisine de la commission de réforme :

- Feuille 2 de la présente déclaration
- Bordereau de saisine de la commission de réforme
- Volets 1 des certificats médicaux d'accident de travail (originaux ou copies)

### ➤ A LA MEDECINE PREVENTIVE ET AU CONTRAT D'ASSURANCE DES RISQUES STATUTAIRES

- Feuille 1 de la présente déclaration
- Copie du compte-rendu d'accident de service complété
- Volets 1 des certificats médicaux liés à l'accident de travail ou de trajet (originaux)
- Imprimé de déclaration de la collectivité (formulaire sofcap)
- Copie du bulletin de salaire du mois du début de l'arrêt
- Procès-verbal de gendarmerie en cas d'accident de la circulation
- Décision d'imputabilité de la collectivité signée par une personne habilitée à engager la collectivité
- Rapport d'expertise d'un médecin agréé pour les frais médicaux particuliers (prothèse, cures) et pour les arrêts de plus d'un an

*Les attestations de prise en charge des frais médicaux des agents CNRACL que vous délivrerez à l'agent nous seront retournés par le praticien.*

En cas de saisine de la commission de réforme :

- Feuille 2 de la présente déclaration
- Bordereau de saisine de la commission de réforme
- Volets 1 des certificats médicaux d'accident de travail (originaux ou copies)

### ➤ AU CONTRAT D'ASSURANCE DES RISQUES STATUTAIRES UNIQUEMENT

- Feuille 1 de la présente déclaration
- Copie du compte-rendu d'accident de service complété
- Volets 1 des certificats médicaux liés à l'accident de travail ou de trajet (originaux)
- Imprimé de déclaration de la collectivité (formulaire sofcap)
- Copie du bulletin de salaire du mois du début de l'arrêt
- Procès-verbal de gendarmerie en cas d'accident de la circulation
- Décision d'imputabilité de la collectivité signée par une personne habilitée à engager la collectivité
- Rapport d'expertise d'un médecin agréé pour les frais médicaux particuliers (prothèse, cures) et pour les arrêts de plus d'un an

*Les attestations de prise en charge des frais médicaux des agents CNRACL que vous délivrerez à l'agent nous seront retournés par le praticien.*

En cas de saisine de la commission de réforme :

- Feuille 2 de la présente déclaration
- Bordereau de saisine de la commission de réforme
- Volets 1 des certificats médicaux d'accident de travail (originaux ou copies)



# DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

NOUVELLE ADRESSE CDG 35  
Village des Collectivités  
Territoriales  
1 Avenue de Tinté - CS 13400  
35236 THEORIGNE FOUILLARD  
CEDEX

## Employeur

Collectivité : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
CTP local : oui  non       Affaire suivie par : .....  
Nom du médecin du travail et adresse : Dr. ....

## Victime

Nom - Prénom : ..... Nom patronymique : .....  
Date de Naissance : ..... N° de Sécurité Sociale : .....  
Adresse personnelle : .....  
Grade : ..... Catégorie (A, B, C) : .....  
Fonction : ..... Date d'embauche : .....  
Codification de la filière (\* Cf. codification au verso) : .....  
Préciser si l'agent est droitier  ou gaucher

Accident de travail du : ..... Heure : .....  
 Accident de trajet du : ..... Heure : .....  
(joindre le plan de l'accident) Horaire de l'agent le jour de l'accident : .....  
Lieu précis de l'accident : .....

## Codification de l'accident et des lésions

(\* Cf. codification au verso)

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT \* ..... NATURE DES LÉSIONS \* .....  
ÉLÉMENT MATÉRIEL \* ..... SIÈGE DES LÉSIONS \* .....

## Axes de prévention

Suite à cet accident :

\* Avez-vous rempli le document "Analyse de l'accident de travail"  oui  non

\* Quelles préconisations envisagez-vous pour éviter une récurrence ?

Prévention intégrée       Protections collectives       Protections individuelles  
 Formation ou information       Autres       Précisez : .....

\* Souhaiteriez-vous l'intervention du conseiller en prévention du Centre de Gestion pour étude ou conseil ?

oui  non

Arrêt de travail : oui  non

## IMPUTABILITÉ AU SERVICE

~~Reconnaitre l'imputabilité au service~~ Reconnaitre de l'imputabilité au service :

oui  non

~~Reconnaitre l'imputabilité au service~~ *En cas de non reconnaissance* : \* Envoi obligatoire du feuillet à la Commission de Réforme

Un rapport de police a-t-il été établi ?  oui Par qui : .....  
 non

L'agent a-t-il déjà eu un accident de travail ou trajet ou maladie professionnelle :  oui  non

Si oui, préciser les dates : .....  
(joindre le dossier antérieur)

## Déclaration de l'autorité territoriale

(Causes et circonstances relatives à l'accident, avis sur l'imputabilité au service)

Nom et prénom du signataire : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet de la collectivité :

## Déclaration de l'accidenté

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'agent

## Déclaration des témoins

Nom et prénom des témoins : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature des témoins