

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal |_|_|_|_| Ville.....

Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique professionnelle :@.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Heure de l'accident : |_|_|_| h |_|_|_|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de h à h	de h à h	de h à h
de h à h	de h à h	de h à h

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) :

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? OUI NON

- heure de départ du domicile : |_|_|_| h |_|_|_|

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |_|_|_| h |_|_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? OUI NON

- heure de départ du lieu de travail : |_|_|_| h |_|_|_|

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |_|_|_| h |_|_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? OUI NON

Joindre une attestation indiquant la fréquence des repas

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?

Combien de temps dure le trajet : |_|_| h |_|_|

Si le trajet a été détourné, motifs :

Si le trajet a été interrompu, motifs :

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? AVANT APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ?

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers :

Adresse :

Nom et adresse de l'assurance :

.....N°de police :

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ? OUI NON

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.

Si le tiers est mineur, indiquer les noms et prénoms des représentants légaux :

.....

Copie recto verso de la pièce d'identité du **témoin** de l'accident

NATURE DE L'ACCIDENT :

- | | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> chute d'objet | <input type="checkbox"/> manutention | <input type="checkbox"/> heurt (meuble...) |
| <input type="checkbox"/> projection | <input type="checkbox"/> explosion | <input type="checkbox"/> agression | <input type="checkbox"/> contact |
| <input type="checkbox"/> glissade | <input type="checkbox"/> exposition, rayonnement | <input type="checkbox"/> accident de la voie publique | |
| <input type="checkbox"/> autre | | | |

Élément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES

.....
.....
.....

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès immédiat

SIEGE DES LESIONS (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

- | | | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête (préciser) | <input type="checkbox"/> Visage (préciser) | <input type="checkbox"/> Yeux | <input type="checkbox"/> Dent(s) |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur : | <input type="checkbox"/> Membre inférieur : | <input type="checkbox"/> oeil droit | <input type="checkbox"/> mâchoire inférieure |
| <input type="checkbox"/> épaule | <input type="checkbox"/> hanche | <input type="checkbox"/> oeil gauche | <input type="checkbox"/> mâchoire supérieure |
| <input type="checkbox"/> bras | <input type="checkbox"/> cuisse | <input type="checkbox"/> Tronc : | <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) |
| <input type="checkbox"/> avant bras | <input type="checkbox"/> genou | <input type="checkbox"/> cou | (préciser) |
| <input type="checkbox"/> coude | <input type="checkbox"/> jambe | <input type="checkbox"/> colonne vertébrale | |

.....
(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
Nom, Prénom:
Signature

Au cas où aucun témoignage ne pourra être recueilli, l'accident de service doit être corroboré par d'autres présomptions ou d'autres moyens de preuves qui devront être fournis pour l'administration. Il appartient à la victime d'apporter la preuve de la matérialité de l'accident et de ses circonstances, de la relation de cause à effet entre les lésions constatées et l'accident invoqué.

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? OUI NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 21 bis),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

Signature de l'agent

Fait à, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique ou du directeur d'école

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).



RÉGION ACADÉMIQUE
PAYS DE LA LOIRE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Adresse du service chargé du règlement des prestations :

Rectorat de Nantes
Division Académique des Pensions et des Prestations
Cellule accidents
B.P. 72616
44326 Nantes Cedex 3

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)

M

Fonction

certifie que

M.....
.....

a été victime d'un accident de service ou du travail le

L'intéressé(e) ¹:

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 21 bis),

- **agent non titulaire de l'Etat**, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,

- **maître à titre définitif ou CP de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.

Fait à, le

Signature et timbre du supérieur hiérarchique ou du directeur d'école

NB : Ce certificat ne peut être remis que s'il ne subsiste aucun doute quant au fait accidentel. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

¹ Rayer les mentions inutiles

INFORMATIONS

**Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent
aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais**

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

**RECTORAT DE NANTES
Division Académique des Pensions et des Prestations
Cellule accidents
BP 72616
44326 NANTES cedex 3**

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants :

**Mmes TEXIER / LE BORGNE - tél : 02.51.86.30.51/02.51.86.31.36 – dossiers du département 44
Mme MOULIN – tél : 02.51.86.31.36 - dossiers des départements 85 et 53
Mme BAUDEQUIN – tél : 02.51.86.31.07 – dossiers des départements 72 et 49 de A à C
Mme RIGUIDEL – tél : 02.51.86.30.74 – dossiers du département 49 de D à Z**

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES, DES FEUILLES DE SOINS ET DES COORDONNEES BANCAIRES (joindre RIB avec nom et prénom + SIRET).**

↳ Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.

Adresse du service chargé du règlement des prestataires :

Rectorat de Nantes
Division académique des Pensions et des Prestations
CELLULE ACCIDENTS
B.P. 72616
44326 Nantes Cedex 3

FEUILLE D'ACCIDENT récapitulant les soins de :

NOM :

PRENOM :

ATTENTION
LE REMBOURSEMENT DES SOINS NE PEUT SE FAIRE QUE SUR
PRESENTATION DE LA FEUILLE DE SOINS ORIGINALE

Date des prestations	Nature des prestations	Délivrance de certificats médicaux	Délivrance d'ordonnances	Signature du praticien ou cachet du pharmacien	Montant de la facture jointe