



RAPPORT HIÉRARCHIQUE

L'employeur

Collectivité ou établissement : _____

☐ Accident de service ☐ Accident de trajet ☐ Maladie professionnelle
☐ Avec arrêt ☐ Sans arrêt

L'agent

NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Né(e) le : _____ N° sécurité sociale : _____
Latéralité de l'agent : ☐ Droite ☐ Gauche / L'agent est-il affilié à la CNRACL : ☐ Oui ☐ Non
Grade : _____
Service : _____
Fonctions : _____

L'accident de service – L'accident de trajet

Date de l'accident : _____ Heure de l'accident : _____
Lieu précis de l'accident : _____
Horaires de travail de l'agent le jour de l'accident : _____
Horaires habituels de travail : _____
Circonstances précises et détaillées de l'accident (que faisait la victime avant l'accident, que s'est-il passé au moment et après l'accident ?) : _____

Les témoins

(joindre les déclarations des témoins datées et signées)

NOM : _____ Prénom : _____
NOM : _____ Prénom : _____
NOM : _____ Prénom : _____

Les tiers en cause

NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____

Le siège des lésions			
☐ Tête	☐ Thorax	☐ Avant-bras, poignet	☐ Genou, jambe,
☐ Œil	☐ Abdomen, bassin	☐ Main	☐ cheville
☐ Cou, colonne	☐ Épaule, bras, coude	☐ Hanche, cuisse	☐ Pieds
☐ Sièges multiples : _____			
☐ Autre : _____			

La nature des lésions		
☐ Contusion, hématome, douleur musculaire	☐ Lésion musculaire, tendineuse, hernie ou éventration	☐ Malaise avec perte de connaissance
☐ Piqûre	☐ Fracture, fêlure	☐ Malaise sans perte de connaissance
☐ Plaie	☐ Présence de corps étranger	☐ Troubles psychologiques
☐ Entorse, luxation	☐ Brûlure, gelure	☐ Troubles sensoriels
☐ Tendinite, arthrite	☐ Écrasement, amputation	☐ Lésion nerveuse ou neurologique
☐ Lumbago	☐ Intoxication	☐ Traumatismes multiples
☐ Sciatique, hernie discale, tassement vertébral	☐ Asphyxie, noyade	☐ Autres (préciser) : _____

En cas d'accident de trajet (joindre le plan de trajet)
Nature du trajet : _____
Moyen de locomotion utilisé : _____
Motif pour trajet détourné ou interrompu : _____
Un constat de police ou un rapport de gendarmerie a-t-il été établi ? ☐ Oui ☐ Non

En cas de maladie professionnelle
Tableau n° _____ Latéralité : ☐ Droite ☐ Gauche
Date du certificat médical initial : _____ Date de 1 ^e constatation : _____
Description précise des fonctions réalisées, des substances utilisées, du risque auquel l'agent était exposé, etc. à l'époque où a été constatée la maladie : _____

Conclusion
Conclusion de l'enquête administrative sur l'imputabilité : _____
Cet accident a-t-il fait l'objet d'une analyse de prévention ? ☐ Oui ☐ Non
Si des mesures de prévention ont été prises, préciser lesquelles : _____

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations

Date et signature de l'agent :

Date, nom, cachet et signature de l'autorité territoriale :