

**CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE**

30 RUE DENIS PAPIN  
CS 12213  
16022 ANGOULEME CEDEX  
Tél : 05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86  
Fax : 05.45.05.25.00

**COLLECTIVITE**

Raison sociale : ..... CP |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Contact : ..... Tél. : ..... Email : .....

**AGENT**

Nom : ..... Prénom : ..... Nombre d'enfants à charge : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numéro sécurité sociale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Clé |\_|\_|

Métier : ..... Service : ..... Date d'entrée en fonction : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grade : ..... Catégorie :  A  B  C

<input type="checkbox"/> Agent affilié à la CNRACL			<input type="checkbox"/> Agent affilié à l'IRCANTEC		
<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire		<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Non titulaire
<input type="checkbox"/> Temps complet	<input type="checkbox"/> Temps partiel ..... %	<input type="checkbox"/> Temps non complet ..... heures / mois	<input type="checkbox"/> + 200h / Trimestre *	<input type="checkbox"/> + 200h / Trimestre *	

\*Tous employeurs confondus

**PERIODE D'ARRETS DE TRAVAIL**

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?  Oui  Non

Arrêt de travail du \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reprise d'activité le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Joindre certificats médicaux et bulletins de salaires pour les périodes concernées

**DESCRIPTIF DE L'EVENEMENT**

Date de survenance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Accident de service</b> Horaire de travail le jour de l'accident : De ____ h ____ à ____ h ____ et de ____ h ____ à ____ h ____ <input type="checkbox"/> Habituels <input type="checkbox"/> Exceptionnels	<input type="checkbox"/> <b>Accident de trajet *</b> <input type="checkbox"/> Aller <input type="checkbox"/> Retour <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> Détourné ou interrompu (pour quel motif .....) ..... )
--	--

\*Joindre documents associés : constat, schéma, rapports

**Maladie professionnelle**  
 Maladie contractée en service  Maladie à caractère professionnel  
 Date de reconnaissance de la MP : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Détaillez les facteurs à l'origine de la maladie (travaux, substances, produits, gestes, postures, matériel, etc ...) .....

Durée d'exposition : .....

**TEMOIN(S) (Joindre documents associés)**

Nom : ..... Prénom : ..... Coordonnées : .....  
 Nom : ..... Prénom : ..... Coordonnées : .....  
 Rapport / Témoignage écrit :  Oui  Non

**TIERS (Joindre documents associés)**

L'accident a-t-il été causé par un tiers ?  Oui  Non  
 Nom du tiers responsable : ..... Assureur : ..... Police : ..... Rapport de police  Oui  Non

**CIRCONSTANCE DETAILLEES DE L'ACCIDENT (Joindre documents associés)**

Tâche, matériel, environnement de travail, etc ... : .....



L'accident a-t-il donné lieu à un rapport hiérarchique ?  Oui  Non  
 L'accident a-t-il déclenché une analyse par un acteur de la prévention ?  Oui  Non

## MESURES CORRECTIVES ET/OU PREVENTIVES MISES EN ŒUVRE SUITE A L'ANALYSE DE L'ACCIDENT

Mesures existantes	Mesures correctives	Mesures préventives

## CODIFICATION (ENTOURER LA CODIFICATION APPROPRIÉE DANS LA TABLE DE REFERENCE)

FILIERE DE L'AGENT		LIEU COLLECTIVITE LOCALE		SIEGE DES LESIONS	
A	Administrative	A	Locaux techniques	1	Région crânienne
T	Technique	B	Restauration	2	Face (sauf nez et bouche)
C	Culturelle	C	Parties communes	3	Nez
S	Sportive	D	Voie publique	4	Bouche (sauf dents)
M	Sociale	E	Locaux administratifs	5	Dents
O	Médico-Sociale	F	Complexe sportif	6	Appareil auditif
E	Médico-Technique	G	Domicile d'un tiers	7	Cou (sauf vertèbres cervicales)
P	Sécurité	H	Cimetière	8	Yeux
R	Incendie et Secours	I	Ecole / Crèche / Centre de loisirs	9	Epaule
N	Animation	J	Bâtiment annexe	10	Bras
CIRCONSTANCES		K	Parc / Jardin / Espace vert / Forêt	11	Coude
A	Véhicule	L	Déchetière	12	Avant-bras
B	Déplacement	TACHE EXERCEE LORS DE L'ACCIDENT		13	Poignet
C	Manipulation	A	Travail administratif	14	Main : Index et / ou pouce
ELEMENT MATERIEL		B	Restauration scolaire	15	Main : Paume et dos
A	Chute ou glissade de plain-pied	C	Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel	16	Main : Autres doigts
B	Chute ou glissade avec dénivellation	D	Formation / Mission	17	Dos (sauf colonne vertébrale)
C	Effort de soulèvement / Faux mouvement / Manipulation de charge	E	Entretien des espaces verts	18	Région lombaire (sauf colonne vertébrale)
D	Outils à main / machine / appareil	F	Voie / Chantier	19	Colonne vertébrale : cervicales
E	Objet ou masse en mouvement	G	Collecte et traitement des ordures ménagères	20	Colonne vertébrale : dorsolombaire
F	Véhicule et engin en mouvement	H	Traitement des eaux / Assainissement / Electricité	21	Colonne vertébrale : sacrococcygien
G	Contact / Projection de sang – urine – produits biologiques ou toxiques	I	Circulation (locaux / voie publique)	22	Bassin
H	Agression / Morsure / Violence	J	Accueil / Surveillance / Contrôle	23	Abdomen
I	Rayonnement / Radiation	K	Activité funéraire	24	Thorax
J	Gaz / Liquide / Vapeur sous pression	L	Incendie / Secours et autres interventions	25	Organes génitaux
K	Incendie / Explosion	M	Activité physique et sportive	26	Hanche
L	Electricité	N	Animation / Enfance	27	Cuisse
M	Manipulation outils / Instruments coupants – piquants – tranchants	O	Transport de personnes ou marchandise	28	Genou
N	Pas d'élément matériel	P	Intervention spécialisée	29	Jambe
O	Autres	Q	Manceuvre / Exercice	30	Chevilles
NATURE DES LESIONS		R	Opération diverse / Protection des biens	31	Pied : Orteils
A	Contusion / Hématome	S	Autre tâche	32	Pied : Plante et dessus
B	Plaie			33	Pied : Talon
C	Piqûre			34	Sièges multiples
D	Entorse / Luxation			35	Autres
E	Lumbago				
F	Sciatique / Hernie discale / Tassement vertébral				
G	Lésion musculaire – tendineuse				
H	Réaction allergique ou inflammatoire muqueuse ou cutanée				
I	Fracture / Fêlure				
J	Lésion nerveuse / neurologique				
K	Lésion interne				
L	Présence de corps étranger				
M	Brûlure / Gelure				
N	Ecrasement / Amputation				
O	Intoxication / Contamination				
P	Asphyxie / Noyade				
Q	Lésions multiples				
R	Malaise avec ou sans perte de connaissance				
S	Troubles psychologiques				
T	Troubles sensoriels				
U	Tendinite / Arthrite				
V	Autres natures de lésions				

Une seule codification doit être entourée par table

Latéralité agent :  Gaucher  Droitier  
 Lésions :  Gauche  Droite

## RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE DE L'ACCIDENT (DECRET N°2008 – 1191 DU 17/11/2008)

<input type="checkbox"/> En attente de décision Imputable au service : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Observations de la hiérarchie</b>  
<b>L'agent</b> Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... Signature :	<b>L'autorité territoriale</b> Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... Signature :

Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour toute demande, veuillez-vous adresser à :  
 Gras Savoye Groupe-Sud ADP Public - Collectivités Locales, 5 Avenue Raymond Manaud, BP 50017, 33522 Bruges Cedex Tél 05 56 00 90 80 Télécopie 05 56 00 90 81  
 Gras Savoye Société de courtage d'assurance et de réassurance - Siège social : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion-Bouton, CS 70001, 92814 Puteaux Cedex.  
 Tél. 01 41 43 50 00. Télécopie 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoye.com>

Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros. 311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61 311 248 637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (<http://www.orias.fr>).  
 Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. 61, rue Tailbourg 75436 Paris Cedex 9