



# DECLARATION

Etablissement : .....

ACCIDENT DE SERVICE  
ACCIDENT DE TRAJET  
MALADIE PROFESSIONNELLE N°.....  
MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE

NOM PATRONYMIQUE : .....

NOM MARITAL : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Grade : ..... Libellé du Service d'affectation : .....

Matricule\* : ..... N°JF\* : ..... Code grade\* : .....

Horaire de travail le jour de l'accident - heure de début : ..... heure de fin : .....

Horaires fixes :                    oui                     non

Horaires habituels :                oui                 non

Durée hebdomadaire de travail (ex : 38 h 30 pour un temps plein) : .....

**\* : A REMPLIR PAR LA DIRECTION D'ETABLISSEMENT**

Dossier remis à M. : ..... Le .....

Retour Bureau du personnel le .....

ACCIDENT DE TRAVAIL

ACCIDENT DE TRAJET

(A remplir par l'agent victime de l'accident)

Date : \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Circonstances et causes détaillées de l'accident : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Témoin ( dans l'affirmative, joindre la déclaration de témoin) :

OUI       NON

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE TRAJET :

A. L'accident est-il survenu sur le trajet habituel de l'intéressé(e) ?

OUI  NON

Joindre, si possible, le plan du trajet domicile - travail en précisant le lieu de l'accident

B. Le trajet a-t-il été :

Détourné ? OUI  NON

Interrompu ? OUI  NON

Motifs : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Un constat amiable, de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ?

OUI  NON

Si, oui joindre la copie recto-verso du constat amiable ou copie du PV de police ou de gendarmerie

Un tiers responsable est-il en cause ?

OUI  NON



S'IL S'AGIT D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

**Partie à remplir par la médecine du travail**

Tableau n° .....

A. La date de la première constatation médicale :

---

---

B. Le descriptif de l'affection en cause (préciser éventuellement le nom des produits utilisés habituellement et leur composition) :

---

---

---

C. Les fonctions exactes occupées par l'agent à l'époque où il a contracté cette maladie (préciser si ces fonctions sont occasionnelles, permanentes...) :

---

---

---

D. La date d'entrée dans ses fonctions (préciser la période d'exposition au risque) :

---

---

---

*Joindre au dossier le rapport du supérieur hiérarchique ainsi que le pli confidentiel de la médecine du travail.*

**La déclaration est lue et approuvée  
dans la totalité de ses déclarations**

A. .... le .....  
(signature de l'agent)

A Nice, le.....

(Signature et cachet du cadre responsable du service  
d'affectation de l'agent)

**DÉCLARATION DE TÉMOIN**

Je soussigné, \_\_\_\_\_  
exerçant la profession de \_\_\_\_\_  
domicilié à \_\_\_\_\_  
certifie que le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures  
j'ai été témoin visuel d'un accident survenu à :

M. \_\_\_\_\_

dans les circonstances suivantes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

(Signature)

HÔPITAL \_\_\_\_\_

**ACCIDENTS DE TRAVAIL**  
**MALADIES PROFESSIONNELLES - MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE**  
**PERSONNEL TITULAIRE - STAGIAIRE**

**CERTIFICAT MEDICAL INITIAL**

Je soussigné, Docteur en Médecine (Nom et Prénoms) \_\_\_\_\_

après avoir examiné M \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Nom de Jeune Fille \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Lequel a déclaré avoir été victime d'un accident de service au C.H.U.N. le \_\_\_\_\_

Ai constaté et certifié ce qui suit : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cet accident entraîne**

- un arrêt de travail du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- des soins sans arrêt de travail d'une durée de \_\_\_\_\_  
à compter du \_\_\_\_\_

Nice, le \_\_\_\_\_

**Signature et cachet du Praticien :**

AUTO-CAR-MAG028a

**N. B.** Le certificat initial comprend 4 exemplaires. Après avoir été rempli par le Médecin traitant, vous devez remettre 3 de ces exemplaires, dans les plus brefs délais, à la Direction de votre Etablissement d'affectation. Le dernier exemplaire peut être conservé par vous.

**1<sup>er</sup> exemplaire destiné  
à la Commission de Réforme.**