

**DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL, DE TRAJET
OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE
DES ÉTUDIANTS**

TRES IMPORTANT

L'étudiant doit sous 24 heures adresser directement cette déclaration à l'école dont il dépend.

Il transmet les volets 1 et 2 du certificat médical initial, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont il relève.

I - IDENTITE DE LA VICTIME

Nom et Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

N° SS : ____/____/____/____/____/____/____

Adresse C.P.A.M. : _____

II - SITUATION ADMINISTRATIVE

Ecole _____ Année d'étude : _____

Service d'affectation : _____ Poste téléphonique : _____

Etablissement : _____

III - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAJET

(A ne remplir qu'en cas d'accident de trajet)

- Moyen de locomotion : _____

- Le trajet était-il entre :

- ☐ la résidence principale et le lieu de travail.
- ☐ la résidence principale et le lieu de stage.
- ☐ la résidence principale et l'école.
- ☐ le lieu de travail et le lieu habituel de restauration.

- le trajet a-t-il été interrompu ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, motifs : _____

- le trajet a-t-il été détourné ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, motifs : _____

IV - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Date de l'accident : ____ / ____ / ____

Heure de l'accident : ____ H ____

Lieu de l'accident : _____

Horaires de travail le jour de l'accident : ____ H ____ à ____ H ____

Circonstances détaillées de l'accident :

Nature et siège des lésions : ⁽¹⁾ _____

Jour et heure de consultation du Médecin : _____

Jour et heure d'hospitalisation : _____

Un constat amiable a-t-il été établi ? : ☐ OUI ⁽²⁾ ☐ NON

Un constat de gendarmerie a-t-il été établi ? : ☐ OUI ⁽²⁾ ☐ NON

(1) Joindre une copie du certificat médical initial

(2) Joindre une photocopie

V - TEMOIN

Nom et Prénom _____

Adresse _____

Déposition (ce qu'il a vu, entendu, à quelle heure, quel jour) :

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Date : ____ / ____ / ____

Signature de la victime :

Date ____ / ____ / ____

Signature du responsable de service :

Les informations nominatives figurant sur ce document feront l'objet d'un traitement informatisé déclaré à la C.N.I.L.. Conformément à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, l'intéressé peut exercer un droit d'accès et de rectification.