

**DÉCLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE**  
Article 37-2 du décret 87-602 du 30 juillet 1987

**PARTIE EMPLOYEUR**

## **Vous avez adressé à votre agent le formulaire de déclaration d’un accident de service afin qu’il le complète. À réception de ce document complété, Il convient désormais que vous procédiez à l’instruction de cette demande.**

## **Pour cela, complétez le présent document qui comprend :**

## **le rapport circonstancié du responsable hiérarchique,**

## **l’enquête administrative,**

## **la décision de l’autorité territoriale.**

# I-RAPPORT CIRCONSTANCIÉ DU RESPONSABLE HIÉRARCHIQUE :

## **Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d’appréciation nécessaires à la DRH. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident ou de la maladie.**

**Nom du responsable hiérarchique :** ………………………………………….……………………………..……………………..…………………………..

**Avis sur l’activité de l’agent au moment de l’accident de service :**

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

**Avis sur la nature de l’accident et les circonstances décrites de sa survenance :**

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

**Avis sur les conséquences de l’accident telles que présentées par l’agent :**

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

**IMPORTANT : en application de l’article 37-4 du décret du 30 juillet 1987, l’autorité territoriale peut solliciter une expertise auprès d’un médecin agréé. Cette expertise est vivement recommandée toutes les fois où elle est de nature à favoriser la bonne instruction du dossier, et à éclairer utilement chacun des intervenants dans leur appréciation du cas présenté.**

Fait à : ………………………………………………………………..…   
 le : …./…./…………….

Signature du responsable hiérarchique :

**II- ENQUÊTE ADMINISTRATIVE DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE:**

Au vu des éléments transmis par l’agent, des informations collectées auprès de son responsable hiérarchique, l’autorité territoriale doit se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident.

**PIÊCES FOURNIES PAR L’AGENT ET LA DRH :**

|  |  |
| --- | --- |
| Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d’arrêt de travail)  Témoignages écrits  Ordre de mission/convocation  Bulletin d’hospitalisation  Fiche de poste | Photos  Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers  Ordonnances médicales  Autres (à préciser) : ……………………………………………..............  ………………………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………………………………... |

|  |  |
| --- | --- |
| * **L’accident est-il survenu dans le temps du service ?** * **L’accident est-il survenu sur le lieu du service ?** * **L’accident est-il survenu dans l’exercice des fonctions de l’agent ou à l’occasion de l’exercice de ses fonctions ou d’une activité normale qui en constitue le prolongement normal ?** * **L’accident a-t-il été causé par une faute professionnelle ?**   Si oui, laquelle ? ………………………………………………………………………………………….…………….…………………………..……………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………………....………………………………………………………………   * **L’accident a-t-il été causé par une circonstance particulière pouvant détacher l’accident du service, ou par une nécessité de la vie courante de nature à détacher l’accident du service ?**   Si oui, laquelle ? ………………………………………………………………………………………….…………….……………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………   * **Une expertise par un médecin agrée a-t-elle été diligentée ?**   Si oui, pour quel motif ? ………………………………………………………………………………………….…………….………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………………....………………………………………………………………… | Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non |

**Observations :**

….………………..………………………………………………………………………………………………………..……………………………………..……...………..….………………..………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
…..….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
…..….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

# III- DÉCISION DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE:

**Accident imputable au service Accident non imputable au service**

**Saisine du conseil médical en formation plénière**

**Motivations :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Accident imputable au service **□** Accident non imputable au service **□** Saisine commission de réforme Motivations :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à …………………………………… le …./…./…………….

Signature de l’autorité territoriale (et cachet) :