

**DÉCLARATION D’ACCIDENT DE TRAJET**  
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 trajet 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 :**

## **l’enquête administrative,**

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

# I- ENQUÊTE ADMINISTRATIVE DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE:

## **Dans le cadre d’un accident de trajet la présomption d’imputabilité ne s’applique pas. L’agent ou ses ayants droits apporte(nt) la preuve de l’imputabilité au service ou l’enquête administrative réunit les éléments suffisants pour reconnaître l’imputabilité.**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d’arrêt de travail)  Plan de trajet *(cf. p.3 de cette déclaration)*  Constat amiable  Témoignages écrits  Ordre de mission/convocation  Bulletin d’hospitalisation  Avis du médecin agrée (si expertise) | Photos  Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers  Ordonnances médicales  Autres (à préciser) : ……………………………………………..............  ………………………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………………………………... |

Trajet habituel de l’agent entre son domicile et son lieu de travail : ……………….…………………………………………….......……...

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

Trajet habituel de l’agent entre son lieu de travail et son lieu de restauration : ……………….……………………………......……...

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

|  |  |
| --- | --- |
| * **L’accident est-il survenu sur le trajet habituel de l’agent entre le lieu où s’accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration ?** * **L’agent a-t-il effectué un détour ?**   Si oui, le détour était-il rendu nécessaire par des nécessites de la vie courante ?  Raison du détour: ………………………………………………………………….…………….…………………………..……………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………  Horaires normaux du trajet domicile/lieu de travail ou lieu de travail/lieu de restauration :  .………………………………………………………………………………………………………………………………………….   * **L’accident est-il survenu aux horaires normaux de trajet et pendant la durée normale pour effectuer ce trajet ?**   Si non, pourquoi : ………………………………………………………………….…………….…………………………..……………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………   * **L’accident a-t-il été causé par une faute personnelle ?**   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 detacher l’accident du service ?**   Si oui, laquelle ? …………………………………………………………....………………………………………………………………….…………………………………………………………………....…………………………………………………………….……………  …………………………………………………………....…………………………………………………………………….…… | Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non |

# II- DÉCISION DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE:

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

**Saisine Conseil Médical en formation plénière**

**Motivations :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fait à …………………………………… le …./…./…………….

**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.**

Signature de l’autorité territoriale (et cachet):