



86  
CENTRE DE  
GESTION  
de la fonction publique  
territoriale de la Vienne

Service Public de l'Emploi Temporaire

# FICHE ACCIDENT

pour remplissage de la déclaration

Déclaration établie le :

À remplir informatiquement et à retourner au Centre de Gestion de Fonction Publique Territoriale  
[i-brothier@cdg86.fr](mailto:i-brothier@cdg86.fr) – 05 49 49 12 10

Collectivité/Établissement Public :

Dossier suivi par :

## LA VICTIME

Identification de la victime

Monsieur

Madame

Nom :

Prénom :

Nom patronymique :

Date de naissance :

Latéralité :  D  G

N° de sécurité sociale :

Matricule :

Date entrée dans la collectivité :

Agent du régime général :

Catégorie :  A  B  C

Filière :

Autre :

Grade :

Fonction exercée :

Type d'horaires :

Horaires habituels :

à

-

à

## L'ÉVÉNEMENT

Description de l'accident

ACCIDENT DE TRAVAIL (AT)

ACCIDENT DE TRAJET (ATR) \*

Date de l'événement :

Heure de l'accident (HH:mm):

Horaires de travail le jour de l'événement :

à

-

à

Adresse exacte de l'accident :

\*Parcours :

\*Moyen de locomotion :

\*Cause :

Circonstances :

Siège de lésion :

Tête :

Mains :

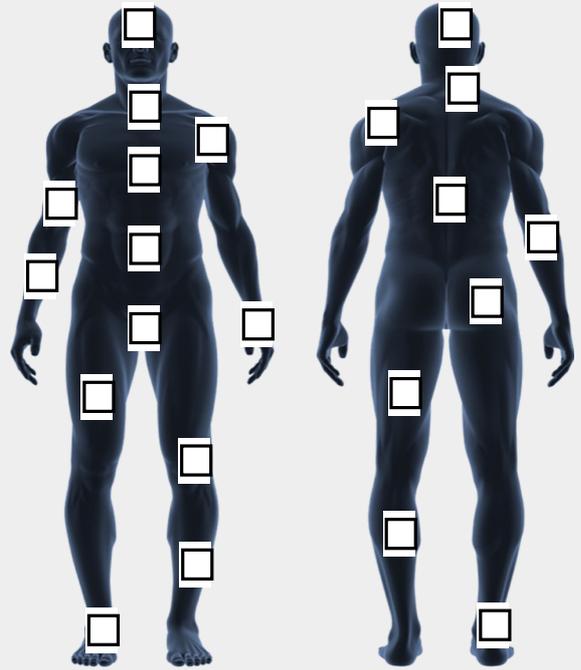
Colonne vertébrale :

Tronc :

Membres supérieurs :

Membres inférieurs :

Pieds :



Latéralité de la blessure :  Gauche  Droite  Sans objet

Nature de lésion :

Élément matériel :

Sans arrêt de travail

Avec arrêt de travail du

au

**TEMOIN :**

Présence de témoin

ou la 1ère personne avisée (en cas d'absence de témoin)

Nom, prénom :

Adresse :

**TIERS :**

Accident causé par un tiers ?  Oui  Non

Si oui, nom et adresse du tiers :

Société d'assurance du tiers :