



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

Service Public de l'Emploi Temporaire

FICHE ACCIDENT

Déclaration établie le

A remplir informatiquement et à retourner au Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Vienne
paie-emploitemporaire@cdg86.fr – 05 49 49 12 10

Collectivité / Établissement Public :

Dossier suivi par :

Coordonnées :

LA VICTIME

Identification de la victime

Monsieur

Madame

Nom :

Prénom :

Nom patronymique :

Date de naissance :

Latéralité : D G

Numéro de sécurité sociale :

Date d'entrée dans la collectivité :

REGIME :

Fonction Publique territoriale :

Général :

Catégorie : A B C

Filière :

Autre :

Grade :

Fonction exercée :

Horaires habituels :

à

-

à

L'EVENEMENT

Description de l'accident ou de la maladie

1) ACCIDENT :

ACCIDENT DU TRAVAIL (AT)

ACCIDENT DE TRAJET (ATR)

Date de l'événement :

Heure de l'accident (HH:mm) :

Horaires de travail le jour de l'accident :

à

-

à

Adresse exacte de l'accident :

POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Parcours :

Moyen de locomotion :

Cause :

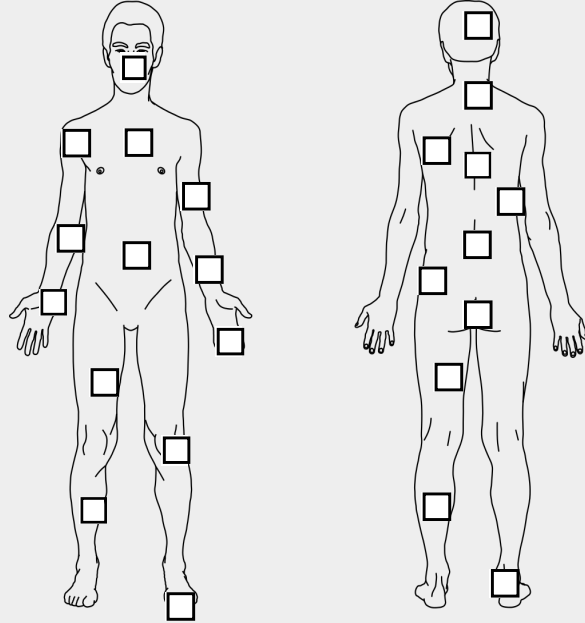
LA DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Veillez remplir le plus précisément possible tous les champs

Circonstances :

Siège des lésions :

- Tête (sauf œil)
- Œil
- Mains
- Tronc (sauf colonne)
- Colonne vertébrale
- Membres supérieurs
- Membres inférieurs
- Pieds
- Siège multiple



Latéralité de la blessure : Gauche Droite Sans objet

Nature de la lésion :

Élément matériel :

Arrêt de travail du au

Sans arrêt de travail

LE TÉMOIN

Identification du témoin

Monsieur Madame **Nom :** **Prénom :**

Adresse, activité du témoin et situation du témoin lors de l'accident :

TIERS :

Accident causé par un tiers ? Oui Non

Si oui, nom et adresse du tiers :

Société d'assureur du tiers :

Souhaitez-vous l'intervention du service Prévention-Maintien dans l'emploi du CDG86 pour réaliser une analyse de l'accident ? Oui Non