



Cachet de l'établissement

N° Etablissement : 069

Déclaration d'accident (parties I et II) à établir dans les 48h et à adresser à la DSDEN - DIVE.

La partie I "Gestion d'accident" (pages 1/6 et 2/6) est réservée à l'établissement. **Seule la partie II "Rapport d'accident" (pages 3/6, 4/6, 5/6 et 6/6) est communicable aux familles, sous réserve d'occulter les mentions couvertes par le secret de la vie privée ou après accord préalable des personnes qui y figurent (auteur, victime, responsable de l'activité, tiers, témoins).**

Ce rapport ne dispense pas de la déclaration à la CPAM dans le cadre des accidents du travail (art. L412-8-2° du code de la Sécurité Sociale)

I/ GESTION ACCIDENT DANS LE CADRE SCOLAIRE
2nd degré

SYNTHESE CONSTITUTION DU DOSSIER

Nom de l'élève :

Année :

Date de l'accident :

	oui	non
Rapport d'accident (à remettre dans les 48 heures à l'inspection académique du Rhône)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat médical initial descriptif fourni par la famille (si accident déclaré par la famille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration accident dans le cadre UNSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procès verbal de gendarmerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICATEURS D'EVALUATION

	oui	non
Accident pendant le temps d'enseignement (temps de classe, accompagnement éducatif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident dans le temps scolaire hors enseignement (temps de restauration, récréation, internat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident pendant un déplacement hors établissement (sous la responsabilité de l'enseignant ou adulte de l'EPL, stage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre situation (à préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYNTHESE DE LA PRISE EN CHARGE

CONDUITE TENUE

	Oui	Non	Autre
Soins donnés par l'infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appel au 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evacuation par service de secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prise en charge par la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parents de l'élève victime prévenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parents informés des procédures de déclaration d'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parents de l'élève responsable prévenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observations complémentaires sur la prise en charge (suite avec la famille, etc....)

Fait le :

Signatures :

L'enseignant responsable de l'activité :

Le chef d'établissement :

II/ RAPPORT D'ACCIDENT SCOLAIRE ELEVE

2nd degré

Important : Les pages 3/6, 4/6, 5/6 et 6/6 du rapport sont communicables aux familles de l'élève auteur ou victime sous réserve d'occulter les mentions couvertes par le secret de la vie privée (identité, domicile, assurance) ou après accord préalable des personnes qui y figurent (auteur, victime, responsable de l'activité, tiers, témoins).

Date de l'accident :

Heure :

Lieu :

1 - NOM du chef d'établissement :

2 - NOM et Prénom du responsable de l'activité :

L'agent responsable de l'activité est-il assuré en responsabilité civile ?

oui

non

3 - Elève blessé (e) :

NOM - Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Domicile :

Nom du responsable légal :

N° Sécurité Sociale :

Domicile (adresse / tel) :

Nom de l'assurance individuelle (coordonnées):

4 - Nature de la blessure constatée :

Cachet de l'établissement

PLAN DES LIEUX DE L'ACCIDENT

Plan à faire avec indication exacte des positions respectives des personnes présentes (encadrants, témoins, blessés, auteurs de l'accident, obstacle, photos si nécessaires, ...)

Conformément aux dispositions de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 relative au respect du secret de la vie privée, ne pas mentionner les noms et prénoms des personnes impliquées : les désigner par Victime 1, Victime 2, Auteur 1, Auteur 2, Tiers 1, Témoin 1 ... (voir page 6/6)

Témoignages

Nom - Prénom:

Témoignage:

Signature:

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Faire un récit détaillé des circonstances de l'accident, mettre des explications précises en ce qui concerne la nature et la gravité de l'accident. Indiquer les causes l'ayant provoqué et noter les premiers soins donnés. Noter où se trouvait le personnel responsable de l'activité. A t-il vu l'accident ? Pouvait-il anticiper l'accident ? La victime pratiquait-elle une activité autorisée ? Matériel défectueux ?

Dans le respect de la vie privée, ne pas mentionner les noms des tiers, les désigner par Victime 1, Tiers 1, Tiers 2 ... (voir page 6/6)

Date de l'accident:

Heure :

Lieu :

Circonstances (à remplir par l'agent responsable de l'activité au moment de l'accident)

Fait le :

**L'agent responsable de
l'activité :**

Signature :

Observations complémentaires (à remplir par le chef d'établissement)

Fait le :

Le chef d'établissement :

Signature :

COORDONNEES DES PERSONNES IMPLIQUEES

Rappel : copie de ce document ne peut être transmise aux familles de l'élève auteur ou victime qui en font la demande qu'après autorisation expresse des personnes impliquées qui y figurent.

Elève auteur de l'accident (Nom - Prénom - âge - domicile) :

1. Identifié comme Auteur 1 dans les documents relatant l'accident :

2. Identifié comme Auteur 2 dans les documents relatant l'accident :

Témoins (Nom - Prénom - âge - domicile) + témoignage rédigé sur papier libre et signé par les témoins (sans citer les noms et prénoms des personnes impliquées, mais les désigner par Victime 1, Auteur 1, Témoin 1, Témoin 2, Tiers 1, etc...)

1. Identifié comme Témoin 1 dans les documents relatant l'accident :

2. Identifié comme Témoin 2 dans les documents relatant l'accident :

Tiers, personne physique ou morale (exemple : entreprise dans l'établissement)

raison sociale :

assurance responsabilité civile :

Identifié comme Tiers 1 dans les documents relatant l'accident :