

A remplir **obligatoirement** par le salarié, le témoin (si besoin), et le responsable de service (ou cadre de garde le week-end) et à **transmettre sans délai au service RH** (Cf. Procédure...)

1. LE SALARIE – LA VICTIME

NOM -PRENOM

FONCTION

SERVICE

N° DE TELEPHONE *

DATE DE NAISSANCE */...../..... **DATE D'ENTREE ***/...../.....
dans l'établissement

* *Facultatif*

La victime accepte t elle d'être contacté par le CHSCT pour une enquête lié à cet accident : ☐ OUI ☐ NON

Date de l'accident/...../..... **Heure précise**

Horaires de travail de la victime le jour de l'accident de H à H

Horaires de début et de fin de la pause déjeuner : de H à H

Lieu de l'accident

La victime est-elle blessée ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI,

Siège des lésions (partie du corps) :

Nature des lésions (coupure, hématome...) :

Activité de la victime lors de l'accident.....

Nature de l'accident.....

Objet dont le contact a blessé la victime.....

La victime a-t-elle été examinée par un médecin ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lequel ?

Des soins ont-ils été pratiqués ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, par qui et date des soins :

DATE :/...../.....

SIGNATURE DU SALARIE

2. LE TEMOIN (éventuellement)

NOM, PRENOM et ADRESSE du ou des témoins éventuels :

.....
.....

N° DE TELEPHONE (Facultatif)

DATE :/...../

SIGNATURE DU TEMOIN

3. LE RESPONSABLE DU SERVICE (ou cadre de garde)

Date de la déclaration de l'accident de travail au Responsable de Service :/...../

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, nom et adresse du tiers :

.....
.....

Société d'assurance du tiers :

La victime a-t-elle été transportée : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, adresse du lieu :

.....
.....

La victime devait-elle porter des vêtements et matériels de protection ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lesquels :

.....
.....

Les portait-elle où les utilisait-elle au moment de l'accident ? ☐ OUI ☐ NON

Si NON, pour quel motif

.....
.....

Que faire pour éviter le renouvellement d'un tel accident ?

.....
.....

DATE :/...../

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE SERVICE

4. LE SERVICE RH

Date de réception de la déclaration :/...../ Heure

N° d'enregistrement de l'accident

Date et heure de l'enregistrement/...../

Date de remise du formulaire CERFA 11383/...../

☐ par courrier

☐ en mains propres

Date de déclaration auprès de la Sécurité Sociale de Brest/...../

Date de remise de la copie de déclaration au secrétaire du CHSCT/...../