

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 DERDIEV Jean-Luc

FONCTION Veilleur de nuit

SERVICE Technique

N° DE TELEPHONE * 0666244001

DATE DE NAISSANCE * 03/04/71 DATE D'ENTREE * 1/01/94
dans l'établissement

* Facultatif

Date de l'accident 4/7/2024 Heure précise 6H05

Horaires de travail de la victime le jour de l'accident de 20 H à 8 H

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

Lieu de l'accident Cour intérieure près de l'espace animation

La victime est-elle blessée ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI,

Siège des lésions (partie du corps) : Genou droit

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

Activité de la victime lors de l'accident Ronde d'ouverture

Nature de l'accident j'ai trébuché sur le rebord du ciment, il pleuvait et mon pied a glissé

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

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

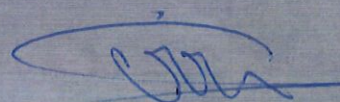
Si OUI, lequel ?

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

Si OUI, par qui et date des soins :

DATE : 4/7/24

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 : *4/7/24*

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 : *Rangiers mis en mauvais état, ne ferme plus côté gauche*

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 ?

Faire attention et casser le ciment au milieu de la cour

DATE : *5/7/24*

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/...../.....