



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Nièvre



DÉCLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE

Second degré

Document à remplir par l'établissement.
En conserver un double et transmettre l'original à la DSDEN.
Réf. : circulaire n° 2009-154 du 27/10/09 – BOEN n° 43 du 19/11/09

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement _____

Adresse _____

_____ Tél. _____



Cachet de l'établissement

Cet imprimé est à utiliser pour les accidents survenus :

- au cours des activités physiques et sportives prévues aux programmes des établissements publics et privés de l'enseignement du second degré ;
- au cours des épreuves d'éducation physique et sportive des examens et concours de l'enseignement supérieur, de l'enseignement du second degré, de l'enseignement technique (candidats de l'enseignement public et de l'enseignement libre) ;
- pendant le temps scolaire, pour les établissements du second degré, à l'exclusion de l'enseignement technique ou professionnel ;
- en dehors de la scolarité, au cours d'activités relevant du Ministère de l'Éducation nationale, à des enfants ou jeunes gens confiés à un membre de l'enseignement public et sous la surveillance de ce dernier.

Lorsqu'il s'agit d'élèves ou étudiants relevant de la législation des accidents du travail (art. L. 412-8-2° du Code de la Sécurité sociale ; cf. note de service n° 86-017 du 9 janvier 1986, BOEN n°5 du 6 février 1986 ; RLR 563-0), le Chef d'établissement doit procéder à une déclaration de l'accident à la CPAM dont relève l'établissement, sur l'imprimé réglementaire et dans les délais légaux.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME DE L'ACCIDENT

NOM _____ Prénoms _____

Date de naissance _____ Classe fréquentée _____ Sexe _____

Nom et prénoms des parents ou responsables légaux _____

Adresse _____

Profession _____

Les parents son-ils assurés sociaux ? oui non

N° d'assuré social auquel est rattaché l'enfant _____

À quel régime ? général fonctionnaire mutualité agricole

L'élève est-il couvert par une assurance individuelle ? oui non

Raison sociale de la compagnie d'assurance _____

Adresse de la compagnie d'assurance _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) DOMMAGE(S) CORPOREL(S)

Localisation et nature des lésions _____

Nom du médecin qui a procédé à l'examen de l'élève _____

Adresse _____

Joindre un certificat médical indiquant avec précision le(s) dommage(s) corporel(s) constaté(s).

RAPPORT DE L'AGENT RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE (ENSEIGNANT OU AUTRE PERSONNEL)

▪ Renseignements concernant l'agent

Nom _____ Prénom _____

Fonction _____

L'agent est-il assuré en responsabilité civile ? oui non

Auprès de quelle compagnie ? _____

▪ **Mesures prises après l'accident**

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? oui non

Si oui, par qui ? _____

Où a-t-elle été conduite ? _____

Par qui ? _____

La famille a-t-elle été prévenue ? oui non

Si oui, par qui ? _____

▪ **Dresser un croquis indiquant**

Veillez indiquer impérativement :

- La disposition générale des lieux (préciser l'échelle) ;
- Le lieu de l'accident ;
- La place de l'agent, avec une flèche indiquant la direction de son regard) ;
- La place de la victime, de l'auteur éventuel de l'accident, des témoins éventuels, et s'il y a lieu, de l'auteur de l'accident.

Coller, le cas échéant, une ou plusieurs photographies des lieux.

Observations et visa du Chef d'établissement, auteur du rapport ci-dessus

Nom _____ Prénom _____

Observations _____

Fait à _____ le _____ Signature :

Pièces jointes :

- Témoignages
- Certificat médical