

Cette déclaration d'accident est :

- A remplir par le responsable hiérarchique direct de la victime (chef de caserne, chef de garde, chef d'entité, responsable de stage...)
- A transmettre immédiatement au CODIS 69 par fax (au 04 72 84 13 35)
- Vérifiée et complétée le cas échéant par l'officier santé et transmise ensuite par le CODIS à une liste de diffusion validée par le DDMIS

1 - IDENTIFICATION DE L'ACCIDENTÉ

Nom : Prénom :

- Sexe : Féminin Masculin Grade :

- Affectation (Direction, Groupement, CT/CIS, section JSP) :

- Statut au moment de l'accident : SPP PATS Personnel non titulaire SPV JSP

2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : / / Heure de l'accident :H.....mn

Nombre de jours d'arrêt de travail initial, si connu : jours inconnu

Adresse précise du lieu de l'accident :

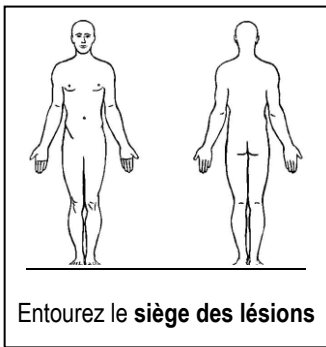
- Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

L'agent a-t-il été transporté à l'hôpital ? Oui Non

Jours d'hospitalisation initiaux ? (si connu) :jours

Activité lors de l'accident (1 ou 2) :

1 - Accident de trajet :	Trajet aller	<input type="checkbox"/>
	Trajet retour	<input type="checkbox"/>
2 - Accident de service (A ou B) :	A - Accident de circulation	
	Départ	<input type="checkbox"/>
	Retour	<input type="checkbox"/>
	B - Accident sur site	
	Travail fonctionnel	<input type="checkbox"/>
	Préparation opérationnelle :	
	- Manœuvre	<input type="checkbox"/>
	- Sport	<input type="checkbox"/>
	- Formation	<input type="checkbox"/>
	Secours à personnes	<input type="checkbox"/>
	Incendie	<input type="checkbox"/>
	Interventions spécialisées	<input type="checkbox"/>
	Opérations diverses	<input type="checkbox"/>



Nature des lésions	
16	Asphyxie ou noyade
23	Autre lésion médicale (précisez) :
13	Brûlure ou gelure
1	Contusion, hématomes, douleur(s)
14	Ecrasement, amputation
4	Entorse, luxation
9	Fracture, fêlure
-	Infection
15	Intoxication ou contamination
11	Lésion interne
7	Lésion musculaire, tendineuse, hernie ou éventration
10	Lésion nerveuse ou neurologique
5	Lumbago
18	Malaise avec perte de connaissance
19	Malaise sans perte de connaissance
2	Piqûre, griffure ou morsure
3	Plaie
17	Polytraumatisme
12	Présence de corps étranger
8	Réaction allergique/inflammatoire, cutanée ou muqueuse
6	Sciatique, hernie discale, tassement vertébral
22	Tendinite, arthrite
20	Troubles psychologiques
21	Troubles sensoriels

Description détaillée de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à : le / /

Par :

Signature du déclarant :