

Enquête administrative - Accident de service

Remplie à l'obligation réglementaire prévue
par la circulaire du 30 janvier 1989 (§ 5.3.1.1)

*A remplir par le Directeur de l'Unité (ou son délégataire officiel)
à transmettre au Responsable Local du Personnel du Centre en même temps que la déclaration*

☐ **ACCIDENT DE TRAVAIL**

☐ **ACCIDENT DE TRAJET**

Date de l'accident :

Directeur de l'Unité (ou son délégataire)

Nom Prénom : Qualité :

Centre de Recherche de :

Unité :

Victime

Nom Prénom :

Matricule INRAE :

Horaire habituel de l'accidenté : Matin : de à

Après-midi : de à

Fonctions habituelles :

Lieu habituel d'exercice des fonctions :

Existence d'une : US (utilité de service) ☐ oui ☐ non
 NAS (nécessité absolue de service) ☐ oui ☐ non
 Astreinte ☐ oui ☐ non

Autres aménagements (précisez)

1. Accident du travail ou mission

Jour de la semaine (si samedi ou dimanche précisez les raisons) :

Heure exacte de l'accident (si horaires décalés, précisez les raisons) :

L'accident s'est-il produit sur le lieu habituel de travail de la victime : ☐ oui ☐ non

Si non précisez le lieu :

Type d'activité exercée au moment de l'accident (précisez notamment s'il s'agit d'un travail isolé) :

[illegible]

2. Accident de trajet <i>(y compris un accident survenu à l'occasion ou vers un lieu de mission)</i>
Moyen de locomotion utilisé :
☐ Accident survenu sur le trajet Domicile – Travail (ou lieu de mission)
☐ Accident survenu sur le trajet Travail (ou lieu de mission) – Domicile
Date et heure auxquelles l'unité a eu connaissance de l'accident :

Moyen de locomotion utilisé :

☐ Accident survenu sur le trajet Travail (ou lieu de mission) – Domicile

Date et heure auxquelles l'unité a eu connaissance de l'accident :

Le

2020 DRHDD DAP AS/MP