

## SIGNALEMENT D'ACCIDENT - **VOLET A**

A REMPLIR PAR L'AGENT ACCIDENTE OU UN TEMOIN  
(COD PREV / Nature du statut et catégorie de l'agent à renseigner par l'administration)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

(Si le volet B est complété en même temps que le volet A, il n'est pas utile de préciser cette rubrique)

Madame  Monsieur  
Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Matricule INRAE : \_\_\_\_\_ Corps et grade : \_\_\_\_\_  
Centre de rattachement : \_\_\_\_\_ Unité : \_\_\_\_\_

### NATURE DU STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

Fonctionnaire stagiaire  Contractuel ⇒ en contrat de MOINS de 1 an : DECLARATION OBLIGATOIRE A LA SECURITE SOCIALE  
 Titulaire  Contractuel ⇒ en contrat de PLUS de 1 an

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

DATE DE L'ACCIDENT : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HEURE DE L'ACCIDENT : \_\_\_\_ H \_\_\_\_

### TYPE D'ACCIDENT :

Accident sur le lieu du travail  
 Accident de trajet  Accident en mission

### LIEU DE L'ACCIDENT :

COD PREV 1

Sur site INRAE  
 Extérieur à l'INRAE, préciser : \_\_\_\_\_

### **Parties communes :**

Parking du site  Escalier  Parc et jardin du site  
 Accueil  Couloir  Restaurant d'entreprise  
 Voies de circulation internes

### **Lieux dédiés aux activités :**

Bureau  Laboratoire  Laverie-préparation  
 Serre  Atelier  Locaux techniques  
 Salle de réunion/amphithéâtre  Domaine végétale/culture  Forêt  
 Espaces verts  Domaine animal  Bassin d'élevage / pisciculture  
 Animalerie  
 Local de stockage (préciser le type de stockage : déchet, matériel, produits chimique...) : \_\_\_\_\_  
 Autre (préciser) : \_\_\_\_\_



## RECONNAISSANCE D'IMPUTABILITE AU SERVICE - *VOLET B*

A renseigner par l'agent accidenté ou un ayant droit

[ADMIN : A renseigner par l'administration](#)

ADMIN : N° DOSSIER HR : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Madame

Monsieur

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'épouse : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse électronique personnelle : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du site d'exercice des fonctions : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse électronique professionnelle : \_\_\_\_\_

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : \_\_\_\_\_

*Joindre obligatoirement l'original des volets 1 et 2 du certificat médical initial décrivant les lésions et établi au plus tôt après l'accident.*

*En cas d'exposition aux prions, CMR, amiante : remplir ce volet B même en l'absence de certificat médical.*

Accident **sans** arrêt de travail

Accident **avec** arrêt de travail      Durée de l'arrêt initial (en nombre de jours) : \_\_\_\_\_

Décès

#### TYPE DE LIEU DE L'ACCIDENT :

Lieu habituel

différent de l'affectation professionnelle

#### TYPE D'ACTIVITE AU MOMENT DE L'ACCIDENT :

Activité principale

Activité secondaire

## SIEGE DES LESIONS

COD PREV 4

- |   |                                     |   |   |
|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visage   | <input type="checkbox"/> Epaule     | <input type="checkbox"/> Genou                      | <input type="checkbox"/> Appareil auditif/ORL |
| <input type="checkbox"/> Yeux   | <input type="checkbox"/> Bras       | <input type="checkbox"/> Cheville                   | <input type="checkbox"/> Appareil digestif    |
| <input type="checkbox"/> Cou  | <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> Pied                       | <input type="checkbox"/> Sphère psychologique |
| <input type="checkbox"/> Dent(s)  | <input type="checkbox"/> Coude      | <input type="checkbox"/> Orteil(s)                  | <input type="checkbox"/> Région Lombaire      |
| <input type="checkbox"/> Main   | <input type="checkbox"/> Poignet    | <input type="checkbox"/> Pouce                      | <input type="checkbox"/> Tronc                |
| <input type="checkbox"/> Index <input type="checkbox"/> Autre doigt : _____ |                                     | <input type="checkbox"/> Appareil cardio-vasculaire |   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                                      |                                     |   |   |

## NATURE DES LESIONS (se référer au certificat médical)

COD PREV 5

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Réaction de type allergique                            | <input type="checkbox"/> Piqûre (autre qu'insecte ou araignée) | <input type="checkbox"/> Luxation        |
| <input type="checkbox"/> Amputation   | <input type="checkbox"/> Plaie/coupure                         | <input type="checkbox"/> Brûlure         |
| <input type="checkbox"/> Gelure   | <input type="checkbox"/> Asphyxie                              | <input type="checkbox"/> Ecrasement      |
| <input type="checkbox"/> Inflammation   | <input type="checkbox"/> Fracture/fêlure                       | <input type="checkbox"/> Cervicalgie     |
| <input type="checkbox"/> Electrisation  | <input type="checkbox"/> Lumbago/sciatique                     | <input type="checkbox"/> Commotion       |
| <input type="checkbox"/> Entorse/foulure  | <input type="checkbox"/> Contusion/choc                        |  |
| <input type="checkbox"/> Présence d'un Corps étranger                           | <input type="checkbox"/> Lésion ligamentaire/musculaire        | <input type="checkbox"/> Lésion nerveuse |
| <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques - précisions éventuelles _____ |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____  |  |  |

## L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?

- OUI Indiquer les coordonnées du témoin principal (*Le témoin pourra être contacté afin de compléter la déclaration de l'agent ou de l'ayant droit*)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_

- NON Indiquer les coordonnées de la première personne avisée au sein de l'établissement

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

**En cas d'accident de trajet, compléter en plus le volet C et joindre les documents complémentaires.**

**En cas d'accident de mission, joindre en plus l'ordre de mission.**

Signature de l'agent ou de l'ayant droit NOM : PRENOM : DATE : SIGNATURE	Visa du Directeur de l'Unité ou de son délégué NOM : PRENOM : DATE : SIGNATURE	Visa du Conseiller de Prévention du Centre NOM : PRENOM : DATE : SIGNATURE
--	--	--

**Original des fiches « Signalement de l'accident (Volet A) », « Reconnaissance d'imputabilité au service (Volet B) » et Enquête Administrative si nécessaire à transmettre à l'ALP du centre d'affectation de l'agent**