

DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 2nd DEGRE

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement :	.....	
N°RNE :	.....	
Adresse :	.....	
☎0596	☎ 0596	✉ce.....	@ac-martinique.fr
Nom et prénom du chef d'établissement :	.....	

IDENTIFICATION DE L'ÉLEVE

Nom et prénom de l'élève accidenté :	.....
Date et lieu de naissance:	.....
Classe fréquentée :	.....

IDENTIFICATION DE L'ACCIDENT

Date (jour/mois/année) :	.....	heure :	.....
Moment (entrée, sortie, classe, récréation, trajet...)	:		
Lieu :	.....	
Nature de l'accident	.....	

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ÉLEVE

Nom et prénom :	.....		
Statut à l'égard de l'élève :				
<input type="checkbox"/> père	<input type="checkbox"/> mère	<input type="checkbox"/> tuteur		
<input type="checkbox"/> personne ayant la charge de l'enfant à la demande des :	<input type="checkbox"/> père	<input type="checkbox"/> mère	<input type="checkbox"/> tuteur	<input type="checkbox"/> autorité compétente
<input type="checkbox"/> personne exerçant une autorité de fait sur l'enfant (à défaut des intervenants précédents)				
Profession :	.....		
Adresse :	.....		
Numéro de sécurité sociale :	.....		
A quel régime ?	<input type="checkbox"/> général	<input type="checkbox"/> fonctionnaire	<input type="checkbox"/> mutualité agricole	
Contrat d'assurance :	<input type="checkbox"/> responsabilité civile	<input type="checkbox"/> assurance scolaire		
Nom de la compagnie :	.....	N°de police :	.....
Adresse :	.....		
La personne responsable a-t-elle été prévenue ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Si oui, par qui ?	.....		

RAPPORT DE L'ENSEIGNANT CHARGÉ DE LA SURVEILLANCE

Nom et prénom de l'enseignant chargé de la surveillance :

Fonction :

Activité pratiquée lors de l'accident :

Place de l'enseignant au moment de l'accident :

Que faisait l'agent au moment de l'accident ?

L'enseignant a-t-il vu l'accident se produire ? oui non

L'agent exerçait-il une surveillance effective ? oui non

Pouvait-il anticiper l'accident ? oui non

La victime pratiquait-elle un exercice autorisé interdit

Cet exercice est-il prévu dans la progression pédagogique? oui non

Le cas échéant, préciser quelles ont été les consignes et les mesures de sécurité prises :

Compte-rendu précis des causes et circonstances de l'accident :

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

Par qui ?

Mesures de premiers secours (soins, appel à la famille, appel d'un service médical d'urgence) :

Nature des blessures observables (**joindre obligatoirement le certificat médical initial**) :

Date de l'accident : Nom de la victime :

TEMOIGNAGES ÉVENTUELS (un récit de l'accident peut être joint en annexe, un original et un double certifié conforme)

Nom et prénom du témoin :

Date de naissance : qualité :

Adresse :

Que faisait au moment de l'accident l'enseignant, la victime, les témoins ?

Où était l'enseignant responsable de la surveillance ?

Qu'a-t-il fait après l'accident ?

Déposition :

Date :

Signature :

Nom et prénom du témoin :

Date de naissance : qualité :

Adresse :

Que faisait au moment de l'accident l'enseignant, la victime, les témoins ?

Où était l'enseignant responsable de la surveillance ?

Qu'a-t-il fait après l'accident ?

Déposition :

Date :

Signature :

RAPPORT DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Nom et prénom :

L'accident a-t-il entraîné une consultation médicale ou hospitalière ?

non

oui

L'accident est-il lié à un état défectueux du mobilier, du local, des installations ?

Cet état défectueux a-t-il été signalé ?

oui

non

Si oui quand et auprès de qui ?

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ?

oui

non

Si oui joindre le procès-verbal.

Observations complémentaires :

Date :

signature :