

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

Nature de l'activité :

VICTIME

N° d'immatriculation : A défaut : sexe M F

Nom, Prénom :

Surnom : Nationalité : Française

Adresse : Autre : _____

Date d'embauche :

Qualification professionnelle : Coefficient :

ACCIDENT

Date : Horaire du jour : (m) Deh..... mn àh mn
(am) Deh..... mn àh mn

Lieu de l'accident : lieu de travail habituel trajet domicile/travail
 lieu de travail occasionnel trajet travail/repas
 lieu du repas déplacement pour le compte de l'employeur

Localité :

Lieu de travail précis :

Circonstances détaillées (*gestes, tâches de la victime, matériel, moyen de locomotion*)

Siège des lésions : Nature des lésions :

Accident : constaté le ____ / ____ / ____ Par : l'employeur ses préposés
 connu le ____ / ____ / ____ décrit par la victime

Conséquences : durée de l'arrêt de travail sans arrêt de travail décès

TEMOINS

Nom, Prénom :

Adresse :

TIERS

Nom, Prénom :

Nom, prénom du signataire

Fait à
Signature

le