

ACCIDENT DU TRAVAIL / DE TRAJET D'UN PERSONNEL LE RAPPORT HIÉRARCHIQUE

A compléter par le supérieur hiérarchique et à transmettre en complément du dossier de déclaration d'accident à l'adresse accidentdutravail@u-bordeaux.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom :

Prénom :

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

.....

.....

Statut et catégorie de l'agent

Métier / Fonction :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

Date d'entrée sur le poste :

Activité habituellement exercée en :

☐ Bureau ☐ Atelier/terrain ☐ Enseignement

☐ Laboratoire ☐ Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Lieu précis de l'accident : *(site, bâtiment, couloir, local, adresse complète en cas d'accident de trajet...)*

.....
.....

Préciser s'il s'agit : *(plusieurs réponses possibles)*

- | | |
|--|--|
| ☐ Lieu de travail habituel | ☐ Au cours d'une mission pour l'employeur |
| ☐ Lieu de travail occasionnel | ☐ Lieu de télétravail |
| ☐ Lieu de restauration habituel | |

Activité de la victime lors de l'accident *(Environnement -bureau, escalier, route- et tâche exécutée) :*

.....
.....
.....
.....

Description et nature de l'accident *(ex : chute, agression, collision...) :*

.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'agent effectuait-il une activité de travail habituelle?

L'agent portait-il son équipement de protection individuel?

.....

L'accident est-il en lien avec une défaillance matérielle?

.....

La cause de l'accident aurait-elle pu être évitée (signalétique, problème d'infrastructure...)?

.....

Témoins

☐ Oui

☐ Non (*en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident*)

Nom, prénom, qualité :

.....
.....

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

Nature des lésions :

Siège des lésions (*préciser le ou les membres atteints*) :

Impacts sur la collectivité et réorganisation:

.....

Mise en place de mesures correctives (*description*):

.....

.....

.....

.....

Je soussigné (prénom, nom et n° de téléphone du responsable)

.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le :

Signature et cachet