

<b>DATE DE L'ACCIDENT</b>  Le : .....  Heure : .....	<b>MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE</b> <b>Direction des services de l'Education nationale</b> <b>19, rue Eugène Vignat – 45043 ORLEANS CEDEX 1</b> <b>DivEI</b>
	Etablissement ou école : .....
	Adresse : .....
	Ville : .....
	☎ : .....
	☒ : .....
N° établissement : 045.....	

**DECLARATION DE TOUT ACCIDENT SCOLAIRE  
HORS ACCIDENT DU TRAVAIL**

*La présente déclaration doit être adressée à la DSDEN – bureau DivEI dans les 48h et doit être complétée, détaillée, signée et accompagnée des pièces jointes demandées en page 4.*

**I – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME ET SON RESPONSABLE LEGAL**

ELEVE	
Nom – Prénom : .....	Est-il couvert par une assurance individuelle ? : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Date de naissance : .....	Si oui, raison sociale et adresse de la compagnie d'assurance : .....
Classe : .....	.....
Nb d'élèves dans la classe : .....	N° S.S. : .....
Garçons : ..... Filles : .....	
PERE – MERE – RESPONSABLE LEGAL (rayer la mention inutile)	
Nom – Prénom : .....	Est-il immatriculé à la sécurité sociale ? : ...oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Adresse : .....	N° S.S. : .....
Ville : .....	Adresse de la caisse S.S. : .....
Profession : .....	.....

**II – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

<b>Description des faits et dommages corporels constatés :</b> Joindre un certificat médical indiquant avec précision le dommage corporel constaté ( <i>en pièce justificative n°1</i> ) ..... ..... .....	
<b>Lieu de l'accident :</b>  Dans l'établissement : où ? (ex. : cour de récréation) : ..... ..... Hors de l'établissement : où ? ..... ..... .....	Qui est propriétaire du terrain, du local et des installations mobilières ? ..... ..... .....

### III – RAPPORT DE LA PERSONNE CHARGÉE DE LA SURVEILLANCE

#### **IDENTIFICATION DU RAPPORTEUR :**

Nom – prénom – qualité : .....

Etes-vous membre de l'enseignement public ?      oui ☐    non ☐

Par quel organisme êtes-vous rémunéré(e) ? .....

Raison sociale et adresse de l'organisme : .....

Etes-vous assuré(e) en responsabilité civile ?      oui ☐    non ☐

Raison sociale et adresse de la compagnie : .....

.....

#### **QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ACCIDENT (croquis ou schémas à joindre en pièce justificative n°2) :**

Où étiez-vous placé(e) au moment de l'accident ? .....

.....

Que faisiez-vous au moment de l'accident ? .....

.....

Avez-vous vu l'accident se produire ?      oui ☐    non ☐

Quelle(s) activité(s) pratiquait(ent) la victime ? .....

Était-ce un exercice autorisé ?      oui ☐    non ☐

L'accident est-il imputable à un état défectueux du terrain, du local, des installations mobilières.    oui ☐    non ☐

Si oui, précisez et joignez, dans la mesure du possible des photographies (en pièces justificatives n°3) : .....

.....

A-t-il été causé par un autre élève ?      oui ☐    non ☐

Si oui, précisez :

Nom, prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

Comportement de celui-ci au moment des faits : .....

.....

Raison sociale et adresse de la compagnie d'assurance : .....

A-t-il été causé par un tiers ?      oui ☐    non ☐

Si oui, précisez :

Nom, adresse, profession : .....

.....

Celui-ci est-il assuré en responsabilité civile ?      oui ☐    non ☐

Raison sociale et adresse de la compagnie : .....

.....

.....

Quelle était l'organisation du cours (classe entière, ateliers,...) ? .....

Le cas échéant, précisez quelles étaient les consignes à suivre et les mesures de sécurité prises : .....

La victime avait-elle fait récemment l'objet d'un examen médical ?      oui ☐    non ☐

A quelle date ? Une inaptitude partielle avait-elle été constatée ? oui ☐ non ☐

Si oui, précisez le type d'inaptitude et sa durée : .....

La victime participe- t-elle régulièrement au cours ?

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

Par qui ? .....

Où a-t-elle été conduite ? par qui ? .....

Nom et adresse du médecin qui l'a examinée ? .....

A-t-elle été hospitalisée ?

☐ non

☐ oui, le temps d'une consultation

☐ au moins une nuit

☐ plusieurs jours

Nombre de jours d'absence scolaire prescrit suite à l'accident : .....

Nombre de jours d'inaptitude constaté dans une activité scolaire : .....

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

**OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES, S'IL Y A LIEU :** .....

.....(Ne pas ajouter de commentaire « la responsabilité de l'enseignant n'est pas engagée »

A

Le

*Signature*

#### IV - VALIDATION DU DOSSIER PAR LE CHEF D'ETABLISSEMENT

Pièces jointes au présent dossier	Nombre
P.J. n°1 : certificat médical	.....
P.J. n°2 : Témoignages et croquis	.....
P.J. n°3 : Photographies (locaux, équipements .....)	.....
Total des pièces :	.....
 Commentaires ou observations complémentaires : ..... ..... ..... ..... ..... .....  A  Le  <i>Signature</i>	
 <b>V- PRISE EN CHARGE PAR LA DSDEN</b>   Orléans, le .....  Observations : ..... ..... ..... ..... ..... .....	