



DÉCLARATION INITIALE

(formulaire n°1)

**A TRANSMETTRE AU CODIS
DANS LES 12 HEURES**

par FAX au 04.75.42.39.16 ou
par SCAN: odg.codis26@sdis26.fr

(cocher la mention utile) D'UN PRESQUE ACCIDENT D'UN ACCIDENT DE SERVICE

DOCUMENT A REMPLIR PAR L'AGENT AYANT CONSTATÉ L'ACCIDENT

Le (grade, nom, prénom de l'agent ayant constaté l'accident) :

DÉCLARE L'ACCIDENT EN SERVICE : survenu le (date) : / / à (heure) : h

à (lieu exact de l'accident) :

AGENT BLESSÉ

Grade : Prénom : Nom :

Né(e) le : / / Téléphone personnel : / / / / Statut (SPP-SPV ou PAT) :

Lieu d'affectation : Fonction (au moment de l'accident) :

Arrêt de travail : OUI NON (cocher la mention utile)

Hospitalisation : OUI NON (cocher la mention utile) du : / / au / /

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT ET SIEGE DES LESIONS CONSTATÉES (1)

ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Lors du trajet :

- Domicile – CIS/Travail
- CIS – Lieu Intervention
- Sur site d'intervention
- Lieu intervention - Hôpital
- Retour au CIS
- CIS/Travail – Domicile
- Accident sur site du SDIS
- En mission (réunion, stage...)

PRÉPARATION OPÉRATIONNELLE

- Formation : N° de stage :
- Manœuvre : Thème :
- Activité physique et Sportive :
Activité pratiquée :

INTERVENTION

Incendie :

- Feu d'espace naturel
- Feu de structure
- Autre feu : (feu VL, ...)

Secours à la personne :

- Accident de la circulation
- Victime sur voie publique
- Victime à domicile
- Autre : (préciser)

Opérations diverses :

- Destruction hyménoptères
- Récupération d'animaux
- Opérations liées au gaz
- Autre : (préciser)

Equipe spécialisée :

Préciser :

ACTIVITÉ NON OPÉRATIONNELLE

- Vie courante - Tâche administrative
- Maintenance

SIEGE DES LÉSIONS



Tête : Visage Yeux
 Nez Dents
 Cervicales

Membres supérieurs :
 Bras Coude Epaule

Tronc :
 Dos Hanche
 Côtes Coccyx

Main : Doigt Poignet

Membres inférieurs :
 Genou Aine Cuisse
 Mollet Tibia

Pieds : Cheville Orteil

 Malaise Multiples

Autre (préciser) :

JE CERTIFIE EXACTES LES INFORMATIONS DÉCLARÉES CI-DESSUS

Date :

Nom, prénom et signature de
L'agent ayant constaté l'accident

Date :

Nom, prénom et signature de
L'autorité hiérarchique au moment de l'accident



CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

FORMULAIRE RELATIF AUX ACCIDENTS SURVENUS LORS D'UNE ACTIVITÉ DE CASERNEMENT - FORMATION/MANŒUVRE ET INTERVENTION



(formulaire n°2)

FORMULAIRE A RENSEIGNER PAR TOUS LES AGENTS : SPP - SPV OU PATS

RÉFÉRENCES : AGENT BLESSÉ :

DATE DE L'ACCIDENT : / /

AFFECTATION :

COMPTE RENDU DU CHEF D'AGRES EN CAS D'ACCIDENT SURVENU EN INTERVENTION OU DU CHEF DE CENTRE OU DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE DIRECT DANS LES AUTRES CAS

Description détaillée de l'accident : (fonction, tache réalisée, description du lieu et du matériel utilisé)

Précisez la nature de l'accident :

(au besoin joindre un rapport circonstancié)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exposition aux fumées | <input type="checkbox"/> Accident d'exposition au sang | <input type="checkbox"/> Relevage ou brancardage |
| <input type="checkbox"/> Exposition aux flammes | <input type="checkbox"/> Exposition liquides biologiques | <input type="checkbox"/> Port de charges |
| <input type="checkbox"/> Coup de chaleur | <input type="checkbox"/> Agression | <input type="checkbox"/> Heurt - Coup - Ecrasement |
| <input type="checkbox"/> Explosion | <input type="checkbox"/> Morsure - Piqûre | <input type="checkbox"/> Utilisation d'une machine |
| <input type="checkbox"/> Gaz ou liquide sous pression | <input type="checkbox"/> Malaise - Effort intense | <input type="checkbox"/> Accident de la circulation |
| <input type="checkbox"/> Effondrement- chute d'objets | <input type="checkbox"/> Chute - glissade de plain-pied | <input type="checkbox"/> Utilisation produit chimique |
| <input type="checkbox"/> Electricité | <input type="checkbox"/> Chute de hauteur | <input type="checkbox"/> Autre : |

JE CERTIFIE EXACTES LES INFORMATIONS DÉCLARÉES CI-DESSUS

Date : Date, nom, prénom et signature de l'agent blessé	Date : Date, nom, prénom et signature de l'agent ayant constaté l'accident	Date : Date, nom, prénom et signature du chef de centre ou de service
--	---	--



FORMULAIRE A TRANSMETTRE AU GROUPEMENT DE RATTACHEMENT DANS UN DÉLAI DE 48 HEURES ACCOMPAGNÉ DE L'ORIGINAL DE LA **DÉCLARATION INITIALE** ET DES DOCUMENTS NÉCESSAIRES A LA PRISES EN CHARGE. TOUTES LES RUBRIQUES DOIVENT ETRE RENSEIGNÉES QU'IL Y AIT OU NON ARRÊT DE TRAVAIL.



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

(formulaire n°3)

FORMULAIRE A RENSEIGNER POUR LES AGENTS SPV UNIQUEMENT

RÉFÉRENCES : AGENT BLESSÉ :

DATE DE L'ACCIDENT : / /

AFFECTATION :

Employeur de l'agent (*désignation*) :

Téléphone de l'employeur : / / / /

Adresse de l'employeur :

Profession de l'agent :

Fonctionnaire : OUI NON

L'intéressé(e) percevra-t-il (elle) son salaire :

TOTALEMENT PARTIELLEMENT NON

Organisme auquel est affiliée la victime :

Nom de l'organisme :

Adresse de l'organisme :

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale : / / / / / / / Clé :

Mutuelle de l'agent :

Nom de la mutuelle :

Adresse de la mutuelle :

Numéro d'affiliation :

Je certifie exactes les informations déclarées ci-dessus :

Date :

Nom, prénom et signature de
l'agent blessé

Date :

Nom, prénom et signature de
l'agent ayant constaté l'accident

Date :

Nom, prénom et signature du
chef de centre ou de service

