



RAPPORT HIERARCHIQUE ACCIDENT DE SERVICE

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'usage :

N° Sécurité Sociale : / ...

N° CNRACL de l'agent : - -

Régime :

Statut :

Grade :

Service :

Fonctions exercées :

Raison sociale de la collectivité :

N° CNRACL de la collectivité : -

ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Lieu de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels de travail :

Circonstances précises et détaillées de l'accident :

NATURES ET SIEGES DES BLESSURES (*Joindre le certificat médical initial*)

Nature :

Siège :

Latéralité de l'agent (barrer les mentions inutiles) : Droitier Gaucher Sans objet

TEMOINS (Joindre les déclarations des témoins datées et signées)

OUI NON

Nom :

Prénom :

TIERS EN CAUSE

OUI NON

Nom :

Prénom :

Si oui, remplir l'enquête tiers en cause dans l'onglet « agent » de la page « invalidité / décès » du dossier e-services.

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (*)

A....., le.....

A....., le.....

Signature de l'agent :

Signature et cachet du responsable du service :

() En cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée*