

 CIRCONSCRIPTION DE :

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

DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE

Premier degré

*à remplir par le directeur de l'école en un exemplaire original et un double certifié conforme à l'original. Références : Circulaire n° 2009-154 du 27/10/09 - B.O.E.N n°43 du 19/11/09.*

**

Ecole : ...........................................................................

Commune : ...................................................................

*Cachet de l'école*

******

Date de l’accident :

Résumé succinct de l’accident :

Dommages corporels :

**Renseignements concernant la victime de l'accident :**

NOM (1) : ...............................................................................................................................................................

*(1) En majuscules*

Prénoms (2) : .........................................................................................................................................................

*(2) Souligner le prénom usuel*

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

Noms et prénoms des parents ou responsables légaux : ...................................................................................

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

Adresse : ..............................................................................................................................................................

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

Profession du responsable légal : ........................................................................................................................

Les parents sont-ils assurés sociaux ? OUI □ NON □

N° d'assuré social du responsable légal : ............................................................................................................

Régime (3) : Général / Fonctionnaire / Mutualité agricole / Autre (préciser)

*(3) : rayer les mentions inutiles*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L'élève est-il couvert par une assurance individuelle ? | OUI □ | NON □ |  |
| Raison sociale de la compagnie d'assurance :  |  |  |  |
| Adresse de la compagnie d'assurance : |  |  |  |
| **Renseignements sur le(s) dommage(s) corporel(s) :** |  |  |
| Localisation et nature : |  |  |  |  |
| Nom et adresse du médecin qui a procédé l'examen de l'élève : |
| Certificat médical (joindre une copie) OUI □ NON □ |
| **Rapport de l'agent responsable de la surveillance :**Renseignements concernant l’agent responsable de la surveillance :  |  |  |
| NOM- Prénom du maître de service : |  |  |  |
| Fonction : |  |  |  |
| L'agent est-il assuré en responsabilité civile ? | OUI □ | NON □ |  |
| Auprès de quelle compagnie ? |  |  |  |  |
| Questionnaire relatif à l'accident : |  |  |  |
| Date : ......................................... | Heure : |  |  |  |
| Moment (entrée, sortie, classe, récréation, trajet) :  |  |  |  |
| Lieu (salle de classe, cour, escalier, rue)  |  |  |  |
| Où se trouvait l'agent au moment de l'accident ? : |  |  |  |
| Que faisait l'agent au moment de l'accident ?  |  |  |  |
| Exerçait-il une surveillance effective ? |  | OUI □ | NON □ |
| L'agent a-t-il vu se produire l'accident ? |  | OUI □ | NON □ |
| Pouvait-il l'anticiper ? |  |  | OUI □ | NON □ |
| La victime pratiquait-elle un exercice autorisé ou interdit : Autorisé □ Interdit □ |
| L'accident est-il imputable à un état défectueux du terrain ? | OUI □ | NON □ |
|  |  du local ? | OUI □ | NON □ |
|  |  des installations ? | OUI □ | NON □ |

L'accident a-t-il été causé :

□ par un autre élève ? Nom : .......................................................... Prénom : .....................

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

Adresse : .......................................................................................................................

□ par un tiers ? Nom : ......................................................... Prénom : ..................................

Profession : ...................................................................................................................

Adresse : .......................................................................................................................

L'auteur de l'accident est-il couvert par une assurance responsabilité civile ? OUI □ NON □

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

Adresse de la compagnie d'assurance : ...........................................................................................................

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? OUI □ NON □

Si oui, en indiquer le contenu en annexe.

**Compte rendu de l'agent responsable de la surveillance** indiquant avec précision les causes et les circonstances de l'accident :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Les mesures prises après l'accident :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? | OUI □ | NON □ |
| Si oui, par qui ?  |  |  |
| Où a-t-elle été conduite ?  |  |  |
| Par qui ?  |  |  |
| La famille a-t-elle été prévenue ? | OUI □ | NON □ |
| Si oui, par qui ?  |  |  |
|  |  |  |

**Croquis de l'accident :**

****

*Veuillez indiquer impérativement :*

* *La disposition générale des lieux. (Attention, préciser l’échelle)*
* *Le lieu de l'accident*
* *La place de l'agent (avec une flèche indiquant la direction de son regard)*
* *La place de la victime, de l'auteur éventuel de l’accident, de témoins éventuels*

*(Coller le cas échéant une ou plusieurs photographies des lieux)*

Fait à : ...........................................................................

Le : ................................................................................

Signature de l’agent responsable de la surveillance

*Pièces jointes :*

*Témoignages* □

**Témoignages**

Peut-être un témoin quiconque a vu l’accident se produire, à l’exception de l’agent responsable de la surveillance.

Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes (1).

Les dépositions doivent comporter au moins les précisions suivantes :

* *Jour, heure, lieu de l’accident.*
* *Que faisaient au moment de l’accident le surveillant ou le professeur ou le maître, la victime, les témoins ?*
* *Où était l’agent responsable de la surveillance ?*
* *Qu’a-t-il fait après l’accident ?*

***1er témoin***

NOM : ………………...........................……............. Age (s’il est l’élève) : …............……

Adresse : ………………………………..……………..........................…………………….............…………

**Déposition :**

 ***Signature :***

***2ème témoin***

NOM : ………………...........................……............. Age (s’il est l’élève) : …............……

Adresse : ………………………………..……………..........................…………………….............…………

**Déposition :**

 ***Signature :***

1. *Plusieurs témoignages identiques dans les termes sont nécessairement suspects et de faible valeur.*

**VISA du directeur d’école**

EXEMPLAIRE ORIGINAL

Fait à …………………………, le …………….

Le directeur ***(nom et signature)***

**VISA de l’I.E.N.**

EXEMPLAIRE ORIGINAL

Fait à ……………………………….., le …………….

L’I.E.N. ***(Nom et signature)***

**VISA du directeur académique des services**

**de l’éducation nationale**

A Besançon, le

L’inspecteur d’académie,

Directeur académique des services de l’éducation nationale

Samuel Rouzet