**Enregistrement DSDEN le ……………………………………**

DECLARATION D’ACCIDENT SCOLAIRE

PREMIER OU SECOND DEGRE

*Référence : circulaire n°2009-154 du 27 octobre 2009 relative à l’information des parents lors des accidents scolaires*

*(BOEN n°43 du 19/11/2009)*

# □ EPS □ HORS EPS

**IDENTIFICATION DE L’ECOLE / EPLE : …………………………………………………………………………………………….**

Nom de l’école / EPLE : …………………………………………………………………………………………………………………….. Adresse : …………………………………………………………………………................................................................... Tél : .......................................................................................................................................................

Nom et prénom du directeur / chef d’établissement : .......................................................................... Pour les écoles, précisez la circonscription : B1□ B2□ B3□ B4□ ASH□ B7□ B8□ M1□ M2□ M3□ M4□

Morteau□ Pontarlier□

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**

**Nom et prénom de l’élève** Garçon □ Fille □

Né(e) le : ............................................................................................................Classe : .......................

L’élève est-il couvert par une assurance individuelle accident :

OUI □ NON □

Nom et adresse de la compagnie d’assurance : .....................................................................................

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

Personne exerçant l’autorité parentale :

M. □ Mme □ Nom : ...................................................................Prénom : ...........................................

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

Code postal : ........................ Commune : .............................................................................................

Tél : ...................................... Courriel : ...................................................@...........................................

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

Affiliation à un régime d’assurance sociale : OUI □ NON □

Régime d’assurance sociale : .................................................................................................................

Numéro d’assuré social : .......................................................................................................................

***Imprimé à utiliser pour les accidents survenus***

* *Au cours des activités scolaires ou des activités et sportives prévues dans les programmes officiels.*
* *En-dehors de la scolarité, au cours d’activités relevant du ministère de l’éducation nationale, à des enfants confiés à un membre*

*de l’enseignement public et sous la surveillance de ce dernier.*

DOMMAGE(S) CORPOREL(S) :

Localisation et nature : .........................................................................................................................

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

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

Nom et adresse du médecin qui a procédé à l’examen de l’élève : .....................................................

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

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

*Fournir un certificat médical indiquant avec précision le(s) dommage(s) corporel(s) constaté(s)*

Coller ici le certificat médical

# RAPPORT DE L’AGENT RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE

Nom, prénom et qualité de l’agent : ....................................................................................................

L’agent est-il assuré en responsabilité civile ? OUI □ NON □

Auprès de quelle compagnie d’assurance ? .........................................................................................

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

Jour et heure de l’accident (préciser à quel moment du cours) : .........................................................

Lieu précis de l’accident : .....................................................................................................................

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

Place de l’agent au moment de l’accident : ..........................................................................................

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

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

Que faisait l’agent au moment de l’accident ? .....................................................................................

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

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

L’agent exerçait-il une surveillance effective ? .....................................................................................

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

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

L’agent a-t-il vu l’accident se produire ? Pouvait-il l’anticiper ? ...........................................................

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

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

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

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

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

Le cas échéant, préciser, quelles ont été les consignes et les mesures de sécurité prises : .................

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

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

La victime pratiquait-elle un exercice / une activité autorisé(e) ou interdit(e) ? .................................

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

L’accident est-il imputable à un élément matériel défectueux (terrain, local, installation, matériel) ? Le cas échéant, en préciser le propriétaire : .............................................................................................

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

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

L’accident a-t-il été causé par un autre élève ? OUI □ NON □ Dans l’affirmative :

Nom, prénom : ..........................................................................................................................................

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

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

Est-il couvert par une assurance responsabilité civile ? OUI □ NON □

Nom et adresse de la compagnie d’assurance : .......................................................................................

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

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

L’accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI □ NON □ Dans l’affirmative :

Nom, prénom : ..........................................................................................................................................

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

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

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

Est-il couvert par une assurance responsabilité civile ? OUI □ NON □

Nom et adresse de la compagnie d’assurance : .......................................................................................

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

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

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

En indiquer le contenu : ............................................................................................................................

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

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

# MESURES PRISES APRES L’ACCIDENT :

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? Par qui ? .....................................................................

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

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

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

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

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

La famille a-t-elle été prévenue ? OUI □ NON □

Par qui ? ....................................................................................................................................................

COMPTE RENDU précisant les causes et les circonstances de l’accident :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CROQUIS indiquant :

* la disposition générale des lieux (préciser l’échelle),
* le lieu de l’accident,
* la place de l’agent chargé de la surveillance (avec une flèche indiquant la direction de son

regard), de la victime et éventuellement des témoins et de l’auteur de l’accident.

Fait à ...................................................., le Signature de l’agent auteur du rapport :

# TEMOIGNAGES

*Peut être témoin quiconque a vu l’accident se produire à l’exception de l’agent chargé de la surveillance. Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes. Les dépositions doivent comporter au moins les précisions suivantes :*

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

Témoin n°1 :

Nom, prénom : ..........................................................................................................................................

Age (uniquement pour un élève) : .............................................................................................................

Qualité : ....................................................................................................................................................

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

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

Déposition : ...............................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

................................................................................................................................................................... Fait à ...................................... le ...................................... Signature

TEMOIN N°2 :

Nom, prénom : ..........................................................................................................................................

Age (uniquement pour un élève) : .............................................................................................................

Qualité : ....................................................................................................................................................

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

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

Déposition : ...............................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

................................................................................................................................................................... Fait à ...................................... le ...................................... Signature

**CONCLUSIONS DU DIRECTEUR D’ECOLE / CHEF D’ETABLISSEMENT**

Faire apparaître nettement en conclusion si la responsabilité de l’agent en charge de la surveillance

semble engagée ou non.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fait à .................................... le Signature du directeur d’école / chef d’établissement

**CONCLUSIONS DE L’IEN POUR LES ACCIDENTS RELEVANT DU PREMIER DEGRE**

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

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

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

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

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

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

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

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

................................................................................................................................................................... Fait à ...................................... le Signature de l’IEN

*Date de retour du présent rapport à l’établissement scolaire : ....................................................... NB : une copie est conservée à la DSDEN du Doubs*