



FICHE DE DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

L'EMPLOYEUR

MINISTERE/ADMINISTRATION PUBLIQUE

TELEPHONE OU

MAIL

LA VICTIME

N° ASSURE CPPF -

N° MATRICULE SOLDE -

NOM

PRENOM

NE(E) LE / / A

DATE DE RECRUTEMENT / /

CORPS/EMPLOI

TELEPHONE OU

MAIL

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

DATE (Préciser le jour de la semaine) / /

LIEU DE L'ACCIDENT

HORAIRE DE TRAVAIL DE LA VICTIME LE JOUR DE L'ACCIDENT DE H MN A H MN

NATURE DES LESIONS

SIEGES DES LESIONS

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

CAUSE DE L'ACCIDENT

CONSEQUENCES: SANS ARRET DE TRAVAIL AVEC ARRET DE TRAVAIL DECES

LE TEMOIN OU LA PREMIERE PERSONNE AVISEE

LE TEMOIN OU LA PREMIERE PERSONNE AVISEE

NOM

PRENOM

ADRESSE

TELEPHONE OU

NOM ET PRENOM DU SIGNATAIRE

QUALITE SIGNATURE

FAIT A LE / /