



# 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  /  /