

Ecole/Etablissement :

Commune :

Circonscription :

Mail :

DECLARATION D'ACCIDENTS SCOLAIRES

(Circulaire n°2009-154 du 27 octobre 2009)

(pensez à conserver une copie et à informer les responsables légaux de déclarer l'accident aux services médicaux consultés)

Rapport à caractère administratif à transmettre COMPLET à la D.S.D.E.N. des Ardennes **par voie postale**

Division des Elèves et des Etablissements par la voie hiérarchique en **1 exemplaire**.

Accident Vie Scolaire ☐

Accident EPS ☐

I - RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) DOMMAGE(S) CORPOREL(S)

Nature des blessures :

Certificat médical indiquant avec précision le(s) dommage(s) corporel(s) constaté(s) : **A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

NOM : **Prénom :** **Sexe :** F/M

Date de naissance : **Classe fréquentée :**

NOM et prénom du responsable légal :

Adresse :

Régime d'assurance sociale (général, fonctionnaire, agricole) :

N° d'assuré social : _/_/_/_/_/_/_/_

L'enfant est-il couvert par une assurance individuelle ? OUI - NON

Raison sociale et adresse de la compagnie :

Partie à occulter en cas de transmission à la famille d'un tiers

III-RAPPORT DE L'AGENT RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE (enseignant ou autre)

NOM Prénom de l'agent chargé de la surveillance :

Fonction :

Est-il assuré en responsabilité civile : OUI-NON **Compagnie :**

1-Questionnaire relatif à l'accident :

Date : _/_/_/202_ **Heure :** __h__ **Lieu :** _____

Moment : (entrée, sortie, classe, récréation, trajet) :

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 **Si non, pour quelles raisons ?**

L'agent a-t-il vu l'accident se produire ? OUI - NON **Pouvait-il l'anticiper ?** OUI - NON

La victime pratiquait-elle un exercice autorisé ? OUI - NON

L'accident est-il imputable à un état défectueux du terrain, des locaux, des installations mobilières ? OUI - NON

2-L'accident a-t-il été causé par un autre élève ? OUI - NON L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI - NON

Elève/Tiers 1 :

NOM et PrénomClasse/Profession :

Celui-ci est-il assuré en responsabilité civile ? OUI - NON.

Raison sociale et adresse de la Compagnie :

Elève/Tiers 2 :

NOM et PrénomClasse/Profession :

Celui-ci est-il assuré en responsabilité civile ? OUI - NON.

Raison sociale et adresse de la Compagnie :

Partie à occulter en cas de transmission à la famille de la victime

3-L'accident a-t-il eu des témoins ? OUI – NON

Témoin 1 :

NOM et Prénom Date de naissance (élève) :

Adresse :

Témoin 2 :

NOM et PrénomDate de naissance (élève) :

Adresse :

Partie à occulter en cas de transmission à la famille de la victime ou d'un tiers

4-Mesures prises après 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 :

Attitude des parents de la victime :

.....

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

Si l'accident a eu lieu pendant une activité EPS :

Au cours de quelle activité :

.....

.....

.....

Des consignes et des mesures de sécurité ont-elles été prises ?

.....

.....

IV-DEPOSITIONS ET PLAN DES LIEUX DE L'ACCIDENT (peuvent être précisés sur feuilles séparées)

LA : lieu de l'accident **PA** : Place de l'agent Direction du regard : ↑ **V** : Victime
A : Place de l'auteur éventuel **T1** : Témoin n°1 **T2** : Témoin n°2

V-TEMOIGNAGES

Ne pas citer les noms et prénoms mais : victime, tiers, témoin

Déposition du témoin 1 :

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

Signature :

Déposition du témoin 2 :

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

Signature :

Déposition de la victime :

.....

.....

.....

.....

Signature :

Déposition de l'auteur de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

Signature :

RAPPORT DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT OU DU DIRECTEUR DE L'ÉCOLE (conclusion, appréciation, avis, etc...) **(à remplir obligatoirement)**

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Visa de l'IEN
Pour le 1^{er} degré
Après vérification de la conformité du dossier

Signature du Chef d'Etablissement / Directeur

OBSERVATION DE LA DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE

Dossier arrivé à la DSDEN le :

Observations éventuelles :

Date :

Signature