

INFORMATIONS RELATIVES À UN ACCIDENT DU TRAVAIL

À transmettre à la Direction SANS DÉLAI après l'accident

Retour à : Phocéa Paie | contact@phoce-paie.com | 07 61 30 20 00

Nature de l'événement : ☐ Accident du travail ☐ Accident de trajet ☐ Maladie professionnelle

IDENTIFICATION

Client (raison sociale)

Nom du salarié

Prénom du salarié

Poste occupé

Établissement concerné (si différent)

Date de l'accident (jj/mm/aaaa)

Heure de l'accident

Date de connaissance par l'employeur

1. LIEU DE L'ACCIDENT

Établissement, adresse, lieu précis.

2. ACTIVITÉ DE LA VICTIME, NATURE DE L'ACCIDENT ...

Activité de la victime

Précisez l'activité ou la tâche de la victime au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que faisait la victime.

Nature de l'accident

Décrivez l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression...), ou comment s'est blessée la victime (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse...).

Objet dont le contact a blessé la victime

C'est-à-dire avec quoi s'est blessée la victime : matériau, déchet, outil (tournevis, cutter, perceuse...), machine, véhicule, chariot de manutention, substance chimique, élément de construction (porte, mur...), sol...

3. RÉSERVES MOTIVÉES

Indiquez le cas échéant les réserves motivées, qui ne pourront être prises en compte que si elles portent sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail (art. R. 441-11 du Code de la sécurité sociale).

4. SIÈGE DES LÉSIONS

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

5. HORAIRE DE TRAVAIL DE LA VICTIME LE JOUR DE L'ACCIDENT

Indiquez les heures de travail effectuées par votre salarié(e), ou les heures prévues, le jour de l'accident.

6. LE TÉMOIN OU LA 1ÈRE PERSONNE AVISÉE

Indiquez le nom, le prénom et l'adresse du témoin. En l'absence de témoin, indiquez la 1ère personne de l'entreprise qui a été avisée de l'accident.

7. LE TIERS

Lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident du travail ou de trajet, cette mention doit impérativement être reportée dans cette partie.

8. PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles, notamment si le salarié a arrêté son travail sur prescription d'un médecin suite à l'accident.

Arrêt de travail prescrit : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Date de début :

Renseigné par (nom, fonction)

Date