

RAPPORT HIERARCHIQUE

Accident de TRAJET

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique : Régime :
Nom d'usage : Statut :
Prénom :
N° Sécurité sociale :
N° d'affiliation CNRACL agent :
Grade :
Métier exercé :
Service :
Raison sociale de la collectivité :
N° CNRACL collectivité :

ACCIDENT

Date de l'accident :
Heure de l'accident :
Lieu de l'accident :
Horaires le jour de l'accident :
Horaires habituels de travail :
Circonstances précises et détaillées de l'accident :

NATURES ET SIEGES DES BLESSURES (*Joindre le certificat médical initial*)

Nature

Siège

Latéralité de l'agent : P Droitier

P Gaucher

P Sans objet

TEMOINS (Joindre les déclarations des témoins datées et signées)

OUI R NON R

Nom Prénom

TIERS EN CAUSE

OUI R NON R

Nom Prénom

Si oui, remplir p 6 et 7 du dossier administratif

TRAJET (Joindre le plan du trajet)

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel OUI R NON R

Durée nécessaire habituelle pour parcourir ce trajet hmin.

Le trajet a-t-il été

Détourné OUI R NON R

Interrompu OUI R NON R

Si oui, Motifs

L'accident est-il arrivé

pendant l'interruption de trajet ? OUI R NON R

ou

après l'interruption de trajet ? OUI R NON R

Un constat amiable a-t-il été établi ? OUI R NON R

Un constat de police ou un rapport de gendarmerie a-t-il été établi ? OUI R NON R

(Joindre obligatoirement ce document)

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (*)

A....., le.....
Signature de l'agent

A....., le.....
Signature et cachet du responsable du service

(*) En cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée

La loi 78-17 du 06 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données inscrites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant auprès de votre employeur.