

Division des personnels
administratifs et des
affaires médico-sociales

Bureau DPA1
Personnels d'accompagnement

Télécopie
04 72 80 68 64
Courriel
Ce.ia69-dpa1@ac-lyon.fr

21 rue Jaboulay
69309 Lyon
CEDEX 07

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL – AESH

accident sur le lieu de travail accident de trajet
(en cas d'accident de trajet, remplir également le questionnaire en page 2)

date de l'accident : heure de l'accident :
lieu de l'accident (adresse exacte) :
.....
horaires de travail de l'AESH le jour de l'accident :

LA VICTIME :

nom de l'AESH :
prénom :
nom patronymique :
date de naissance :
adresse personnelle :
.....
numéro de sécurité sociale :
type de contrat de travail : CDD CDI
date d'embauche en tant qu'AESH :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT :

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

Siège et nature des lésions provoquées par l'accident :

.....
.....

L'accident a nécessité un arrêt de travail : oui non

Si oui, dates de l'arrêt de travail : du.....au.....

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? oui non

Si oui, nom et adresse du tiers :

.....

société d'assurance du tiers :

COORDONNEES DU TEMOIN DE L'ACCIDENT :

nom : prénom :
adresse :
lien avec l'AESH : collègue de travail autre (précisez :))

En l'absence de témoin, coordonnées de la première personne avertie :

.....
lien avec l'AESH : collègue de travail autre (précisez :))

SIGNATURE DU DIRECTEUR D'ECOLE OU CHEF D'ETABLISSEMENT :

A, le.....
nom : prénom :
qualité :
cachet de l'établissement :



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Rhône

Division des personnels
administratifs et des
affaires médico-sociales

Bureau DPA1
Personnels d'accompagnement

Télécopie
04 72 80 68 64

Courriel
Ce.ia69-dpa1@ac-lyon.fr

21 rue Jaboulay
69309 Lyon
CEDEX 07



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE A JOINDRE A VOTRE DECLARATION
UNIQUEMENT EN CAS D'ACCIDENT DE TRAJET**

L'accident a eu lieu :

- au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- au cours du trajet entre le lieu de travail et le domicile
- au cours d'un déplacement pour l'employeur ou ses préposés
- au cours du trajet entre le travail et le lieu de repas

Il y a eu détour ou interruption du trajet direct : oui non

Si oui, précisez :

.....
.....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie a été établi : oui non

Vous avez été hospitalisé oui non

Si oui, nom et adresse de l'hôpital :
.....

L'accident a été causé par un tiers : oui non

Si oui, avez-vous l'intention de poursuivre le responsable : oui non

L'accident est survenu alors que vous utilisiez :

- votre véhicule personnel
- les transports en commun
- un autre moyen de locomotion (à pieds, taxi, vélo, trottinette....)

Précisez lequel :

- le véhicule d'un tiers

Précisez :

nom et prénom du tiers :

compagnie d'assurance du tiers :

CROQUIS DE L'ACCIDENT A ETABLIR AUSSI PRECISEMENT QUE POSSIBLE