



**TEMOIGNAGE OU DECLARATION SUR L'HONNEUR <sup>(1)</sup>**

*(1) remplissez la partie concernée*

**NOM ET PRENOM :** ..... **GRADE :** .....

**MATRICULE :** ..... **AFFECTATION :** .....

**a été témoin des circonstances suivantes :** .....

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

Fait le ...../...../..... à ..... Signature :

\_\_\_\_\_

Je soussigné(e) <sup>(2)</sup> Monsieur, Madame <sup>(3)</sup> .....

en fonction à <sup>(4)</sup> ..... déclare sur l'honneur que lors de mon accident survenu le

<sup>(5)</sup> ...../...../..... à <sup>(6)</sup> ....., **aucun témoin n'était présent ou ne s'est manifesté.**

Fait le ...../...../..... à ..... Signature :

<sup>(2)</sup> *rayez la mention inutile*

<sup>(3)</sup> *nom, prénom, grade et matricule du fonctionnaire victime de l'accident*

<sup>(4)</sup> *affectation*

<sup>(5)</sup> *date de l'accident*

<sup>(6)</sup> *lieu et heure de l'accident*

---

**ATTESTATION DU CHEF DU SERVICE**

Je soussigné(e) <sup>(7)</sup> .....

certifie que <sup>(8)</sup> .....

- était en service ou en mission
- se rendait de son domicile à son lieu de travail (par l'itinéraire le plus direct)
- se rendait de son lieu de travail à son domicile (par l'itinéraire le plus direct)
- Heure réelle d'entrée : ..... Heure réelle de sortie : .....
- effectuait une séance de formation physique permanente (sport)
- effectuait une activité de sport associatif

et émet un avis  favorable  défavorable à la reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident.

Fait le ...../...../..... à ..... Signature et cachet du chef de service

<sup>(7)</sup> *nom, prénom, grade du chef de service*

<sup>(8)</sup> *nom, prénom, grade et affectation de la victime de l'accident*

## NATURE DES LESIONS

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputation   | <input type="checkbox"/> Lumbago                           |
| <input type="checkbox"/> Fracture(s)  | <input type="checkbox"/> Troubles auditifs                 |
| <input type="checkbox"/> Brûlure physique chimique                          | <input type="checkbox"/> Electrification / Electrocutation |
| <input type="checkbox"/> Plaie, piqûre                                      | <input type="checkbox"/> Intoxication                      |
| <input type="checkbox"/> Contusion, écrasement                              | <input type="checkbox"/> Asphyxie                          |
| <input type="checkbox"/> Corps étranger                                     | <input type="checkbox"/> Commotion                         |
| <input type="checkbox"/> Hernie   | <input type="checkbox"/> Autre (Précisez).....             |
| <input type="checkbox"/> Lésion ligamentaire/musculaire (entorse, luxation) |  |
- 

## SIEGE DES LESIONS

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Tête</u>                 | <u>Membre inférieur (excepté pied)</u>         |
| <input type="checkbox"/> <u>Yeux</u>                 | <input type="checkbox"/> Hanche                |
| <u>Membre supérieur (excepté main)</u>               | <input type="checkbox"/> Cuisse                |
| <input type="checkbox"/> Epaule                      | <input type="checkbox"/> Jambe                 |
| <input type="checkbox"/> Bras                        | <input type="checkbox"/> Genou                 |
| <input type="checkbox"/> Coude                       | <input type="checkbox"/> Cheville              |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras                  | <input type="checkbox"/> <u>Pied</u>           |
| <input type="checkbox"/> Poignet                     | <u>Tronc</u>                                   |
| <input type="checkbox"/> <u>Main</u>                 | <input type="checkbox"/> Torse / Côtes         |
| <input type="checkbox"/> Pouce                       | <input type="checkbox"/> Rachis                |
| <input type="checkbox"/> Autre doigt (Précisez)..... | <input type="checkbox"/> Bassin                |
| <input type="checkbox"/> <u>Siège interne</u>        | <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)..... |
- 

## NATURE DE L'ACCIDENT

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chute de personne | <input type="checkbox"/> Contact exposition    |
| <input type="checkbox"/> Chute d'objet     | <input type="checkbox"/> Explosion             |
| <input type="checkbox"/> Manutention       | <input type="checkbox"/> Accident de la route  |
| <input type="checkbox"/> Heurt             | <input type="checkbox"/> Agression             |
| <input type="checkbox"/> Projection        | <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)..... |

### PRECISEZ L'ELEMENT MATERIEL ASSOCIE A L'ACCIDENT

.....  
*(Exemple : machine outil, outil à main, véhicule, etc)*

## CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

- L'accident a-t-il nécessité un arrêt de travail ?  Oui  Non
- Si oui, indiquez le nombre de jours d'arrêt de travail initial : .....

### **PARTIE RESERVEE UNIQUEMENT AUX ACCIDENTS DE SPORT ASSOCIATIF**

#### ATTESTATION

*(à remplir soit par un moniteur, soit par un responsable de l'association ou de l'organisation sportive)*

Je soussigné(e)

**NOM et PRENOM :** ..... **GRADE :** .....

certifie ce qui suit, concernant le lien direct entre l'accident et l'activité sportive suivante.....  
durée.....lieu.....date...../...../.....heure.....h.....  
en effet.....

Fait le ..... à .....

Signature :

#### NATURE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE OU SPORTIVE

Compétition sportive prévue au calendrier :

entraînement  compétition  trajet

N° de licence F.S.P.F. ou F.C.M.P.N. :

Signature et cachet :

Le secrétaire général de la ligue ou de la  
fédération compétente atteste que le sinistre des  
personnes concernées a été occasionné lors d'une  
activité de sport associatif.

Nom .....

Date .....

### PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER D'ACCIDENT

(les dossiers incomplets ne seront pas traités)

**Certificat médical initial avec descriptif du siège et de la nature des blessures (OBLIGATOIRE)**

- En cas d'accident de trajet :  plan  constat amiable ou PV des forces de police ou de gendarmerie
- En cas d'accident de la circulation :  constat amiable ou PV des forces de police ou de gendarmerie
- En cas d'accident de sport administratif :  planning du stage  programme de la formation permanente
- En cas d'accident de sport associatif :  télégramme de convocation  photocopie de la licence  
ou note de service
- En cas d'accident lors d'un déplacement :  télégramme de convocation ou note de service ou ordre de mission