

Transmission : 1^{er} degré → IEN → DSDEN 84-pôle élèves2nd degré → DSDEN 84-pôle élèves

DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE

Un accident doit être obligatoirement déclaré.

Le certificat médical ne peut être exigé mais peut être annexé avec l'accord des responsables légaux.

Cette déclaration établie en deux exemplaires (un original et un double certifié conforme) doit être envoyée signée par mail en version PDF par le directeur(-trice) de l'école / chef(-fe) d'établissement dans les 48 heures. Une copie est conservée dans l'établissement (10 ans après la majorité de l'élève).

Pour la communication du rapport d'accident aux familles de l'élève auteur ou victime, se référer à la circulaire ministérielle n°2009-154 du 27/10/2009 et B.O. n°43 DU 19/11/2009 « Accident Scolaire ».

Le rapport d'accident ne peut être transmis aux familles que sous réserve d'occulter les mentions mettant en cause des tiers, notamment l'identité des témoins, ainsi que celles couvertes par le secret de la vie privé (noms, adresses, coordonnées d'assurance). Il est nécessaire de les désigner par Victime 1, Victime 2, Auteur 1, Auteur 2, Tiers 1, Témoin 1. Conformément aux dispositions du point II de la l'article 6 de la loi n°78-753 du 17 juillet 2009 (circulaire n° 2009-154 du 27 octobre 2009 BO n°43 du 15 novembre 2009). Lorsque les responsables légaux sollicitent la communication de la déclaration, le directeur (-trice) de l'école / chef(-fe) d'établissement doit répondre favorablement à la demande dans un délai maximum d'une semaine.

IDENTIFICATION DE L'ELEVE

Nom de la victime	Prénom
Date de naissance	Classe
Assurance individuelle de l'élève (n° du contrat, nom et adresse)	
Numéro sécurité sociale	

IDENTIFICATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 Nom Prénom

Adresse

Téléphone
Profession

Responsable légal 2 Nom Prénom

Adresse

Téléphone
Profession

IDENTIFICATION DE L'ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT

Nom de l'école / établissement	UAI
Commune	
Circonscription	
Adresse postale	
Tèl	Adresse mail
Nom et prénom du directeur (-trice) de l'école/ chef(-fe) d'établissement	

IDENTIFICATION DE L'ACCIDENT

Date	Heure
Lieu	
Moment (entrée, sortie, récréation, classe, trajet)	
Nature de l'accident	
Localisation et nature des dommages corporels	
Nom et adresse du médecin qui a constaté les dommages corporels	
Certificat médical annexé indiquant avec précision les dommages corporels constatés : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

AGENT CHARGE DE LA SURVEILLANCE

Nom	Prénom
Fonction	
Responsabilité civile (n° de contrat, nom et adresse de la compagnie d'assurance) :	
Où se trouvait l'agent au moment de l'accident ?	
Que faisait l'agent au moment de l'accident ?	
Exerçait-il une surveillance effective ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
A-t-il vu l'accident se produire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Pouvait-il être anticipé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
La victime pratiquait-elle un exercice <input type="checkbox"/> autorisé ou <input type="checkbox"/> interdit	
L'accident est-il imputable à un état défectueux du terrain, du local ou des installations ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

RAPPORT PRECISANT LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

MESURES PRISES APRES L'ACCIDENT

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? OUI NON Par qui ?
Où a-t-elle été conduite ? Par qui ?
La famille a-t-elle été prévenue ? Par qui ?
Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES TIERS EVENTUELS

L'accident a-t-il été causé par un autre élève ? OUI NON
Nom Prénom
Date de naissance Classe
Adresse
Responsabilité civile (n° de contrat, nom et adresse de la compagnie d'assurance) :

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
Nom Prénom
Profession
Adresse
Responsabilité civile (n° de contrat, nom et adresse de la compagnie d'assurance) :

CROQUIS DES LIEUX

Disposition générale des lieux
Lieu de l'accident
Place de l'agent chargé de la surveillance (avec une flèche indiquant la direction de son regard), de la victime, de l'auteur éventuel, des témoins

TEMOIGNAGES

Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire, à l'exception de l'enseignant chargé de la surveillance. Les témoignages doivent être rédigés et signés par les témoins eux-mêmes. Les dépositions doivent contenir les précisions suivantes :

- Jour, heure, lieu de l'accident
- Que faisaient, au moment de l'accident, la victime, l'enseignant ou l'enseignante, les témoins ?
- Où était l'enseignant ou l'enseignante ?
- Qu'a-t' il fait après l'accident ?

TEMOIN 1

Nom Prénom Age

Adresse

TEMOIGNAGE

DATE

SIGNATURE

TEMOIN 2

Nom Prénom Age

Adresse

TEMOIGNAGE

DATE

SIGNATURE

SIGNATURE DE L'AGENT CHARGE DE LA SURVEILLANCE

DATE

VISA DU DIRECTEUR(-TRICE) DE L'ECOLE/ CHEF(-FE) D'ETABLISSEMENT

DATE ET SIGNATURE

VISA DE L'IEP

DATE ET SIGNATURE

ANNEXE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE VICTIME DE L'ACCIDENT SURVENU LE/...../.....

Nom : Prénom : Etablissement fréquenté :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTEUR DE L'ACCIDENT SURVENU LE/...../.....

Attention : information à ne communiquer au responsable légal de la victime qu'avec l'accord écrit (ci-dessous) renseigné du responsable légal de l'auteur de l'accident

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Etablissement fréquenté : Classe fréquentée :

RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

L'enfant est il couvert par une assurance : OUI NON

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de contrat d'assurance :

Adresse de la compagnie d'assurance :

ACCORD ECRIT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, responsable légal de l'élève

.....

Autorise / n'autorise pas* le directeur, le chef d'établissement, à communiquer l'ensemble des informations ci-dessus au responsable légal de la victime.

Fait à, le

Signature

*Barrer la mention inutile