

# DÉCLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> degrés

**Pour le 1<sup>er</sup> degré :** document à remplir par l'école. Conserver un exemplaire et transmettre l'original à l'IEN de circonscription pour visa avant envoi à la DSDEN.

**Pour le 2<sup>e</sup> degré :** document à remplir par l'établissement. En conserver un exemplaire et transmettre l'original à la DSDEN.

## IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

*Cachet de l'établissement*

**Pour le 2<sup>nd</sup> degré : cet imprimé est à utiliser pour les accidents survenus :**

- au cours des activités physiques et sportives prévues aux programmes des établissements publics de l'enseignement du second degré ;
- au cours des épreuves d'éducation physique et sportive des examens et concours de l'enseignement supérieur, de l'enseignement du second degré, de l'enseignement technique (candidats de l'enseignement public et de l'enseignement libre) ;
- pendant le temps scolaire, pour les établissements du second degré, à l'exclusion de l'enseignement technique ou professionnel ;
- en dehors de la scolarité, au cours d'activités relevant du Ministère de l'Éducation nationale, à des enfants ou jeunes gens confiés à un membre de l'enseignement public et sous la surveillance de ce dernier.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME DE L'ACCIDENT

NOM \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Classe fréquentée \_\_\_\_\_

Noms et prénoms des responsables légaux \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Les parents ont-ils un régime d'assurance sociale ?      oui       non

N° d'assuré social auquel est rattaché l'enfant \_\_\_\_\_

À quel régime ?      général       fonctionnaire       mutualité agricole

L'élève est-il couvert par une assurance individuelle ?      oui       non

Raison sociale de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Adresse de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) DOMMAGE(S) CORPOREL(S)

Localisation et nature des lésions \_\_\_\_\_

Nom du médecin qui a procédé à l'examen de l'élève \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Certificat médical :      oui       non       si oui, uniquement le certificat médical détaillant la blessure

## RAPPORT DE L'AGENT RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE (ENSEIGNANT OU AUTRE PERSONNEL)

### ▪ Renseignements concernant l'agent

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_





**Le témoin doit faire sa déposition sur papier libre en indiquant obligatoirement :**

- **Son nom**
- **Son prénom**
- **Son adresse**

À

le

L'inspecteur (trice) de l'éducation nationale de circonscription

À

le