

## DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE - ELEVES

PREMIER DEGRE

SECOND DEGRE

EPS

HORS EPS

Désignation de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

### VICTIME

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Classe :

### BREVE ANALYSE DE L'ACCIDENT

Jour, date et heure de l'accident

Localisation et nature des dommages corporels

Joindre un certificat médical indiquant avec précision le(s) dommage(s) corporel(s) constaté(s)

Nom et adresse du médecin qui a procédé à l'examen de l'élève

Compte rendu de l'agent indiquant avec précision les causes et les circonstances de l'accident

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME (SUITE)

Nom, prénom, adresse et profession du responsable légal

A-t-il un régime d'assurance sociale ?

OUI

NON

Si oui, son n° d'immatriculation :

A quel régime ?

Général

Fonctionnaire

Mutualité agricole

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

OUI

NON

Si oui, raison sociale et adresse de la compagnie d'assurance.

## RAPPORT DE L'AGENT RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE (enseignant ou autre personnel)

### 1 / Renseignements concernant l'agent

Nom, prénom et fonction

L'agent est-il assuré en responsabilité civile?

OUI

NON

Si oui auprès de quelle compagnie?

### 2 / Questionnaire relatif à l'accident

Moment (entrée, sortie, classe, récréation, trajet...)

Lieu de l'accident (salle de classe, cour, escalier, rue, gymnase, plateau sportif...)

Où se trouvait l'agent au moment de l'accident?

Que faisait l'agent au moment de l'accident?

Exerçait-il une surveillance effective?

OUI

NON

L'agent a-t-il vu l'accident se produire?

OUI

NON

Pouvait-il l'anticiper?

OUI

NON

La victime pratiquait-elle un exercice

autorisé

ou interdit  ?

L'accident est-il imputable à un état défectueux du terrain, local, des installations?

OUI

NON

L'accident a-t-il été causé :

par un autre élève ?

OUI

NON

Si oui : nom, prénom,  
âge, classe.

par un tiers ?

OUI

NON

Si oui : nom, adresse, profession  
du tiers)

L'auteur de l'accident est-il couvert par une assurance  
responsabilité civile?

OUI

NON

Si oui : raison sociale et adresse  
de la compagnie d'assurance.

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il  
été établi ?

OUI

NON

Si oui, joindre une copie du procès-verbal.

### MESURES PRISES APRES L'ACCIDENT

La victime a-elle été soignée immédiatement?

OUI

NON

Si oui, par qui?

Où a-t-elle été conduite ?

Par qui ?

La famille a-t-elle été prévenue ?

OUI

NON

Si oui, par qui?

### DRESSER UN CROQUIS INDIQUANT

- La disposition générale des lieux (préciser l'échelle).

- Le lieu de l'accident

- La place de l'agent (avec une flèche indiquant la direction de son regard), de la victime, de l'auteur éventuel de l'accident, des témoins et éventuellement de l'auteur de l'accident (y coller, le cas échéant, une ou plusieurs photographies des lieux).

## TEMOIGNAGES

Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire à l'exception de l'agent chargé de la surveillance. Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes.

Les dépositions doivent comporter au moins les précisions suivantes :

- jour, heure, lieu de l'accident
- que faisaient au moment de l'accident le professeur, la victime, les témoins ?
- Où était l'agent responsable de la surveillance ?
- Qu'a-t-il fait après l'accident ?

1<sup>er</sup> témoin

NOM - Prénom :

Age (s'il est élève) :

Adresse :

Déposition

Signature 1<sup>er</sup> témoin :

2<sup>ème</sup> témoin

NOM - Prénom :

Age (s'il est élève) :

Adresse :

Déposition

Signature 2<sup>ème</sup> témoin :

S'il y a plus de 2 témoins, merci de dupliquer ce document autant que nécessaire.

Fait à :

Le :

**Signature du chef d'établissement ou du directeur d'école, auteur du rapport ci-dessus**

Cette déclaration doit être établie en 2 exemplaires.

1 à conserver dans l'établissement et l'autre à adresser par voie hiérarchique à la DSDEN 19.