

RAPPORT HIERARCHIQUE

Accident de SERVICE

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique : Régime :
Nom d'usage : Statut :
Prénom :
N° Sécurité sociale :
N° d'affiliation CNRACL agent :
Grade :
Métier exercé :
Service :
Raison sociale de la collectivité :
N° CNRACL collectivité :

ACCIDENT

Date de l'accident :
Heure de l'accident :
Lieu de l'accident :
Horaires le jour de l'accident :
Horaires habituels de travail :
Circonstances précises et détaillées de l'accident :

NATURES ET SIEGES DES BLESSURES (*Joindre le certificat médical initial*)

Nature

Siège

Latéralité de l'agent : P Droitier

P Gaucher

P Sans objet

TEMOINS (Joindre les déclarations des témoins datées et signées)

OUI R

NON R

Nom

Prénom

TIERS EN CAUSE

OUI R

NON R

Nom

Prénom

Si oui, remplir p 6 et 7 du dossier administratif

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (*)

A....., le.....

A....., le.....

Signature de l'agent

Signature et cachet du responsable du service

(*) En cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée

La loi 78-17 du 06 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données inscrites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant auprès de votre employeur.