



DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

Imprimé à compléter et signer, accompagné du volet 2 du certificat médical initial accident de travail cerfa 11138*04 (si rempli par le service des Urgences, le compte rendu doit être joint sous pli confidentiel), établi dans un délai de 15 j. maximum à transmettre impérativement à :

DRH – secteur Absentéisme bureau des accidents de travail/maladie professionnelle
HOTEL DIEU ST JACQUES- 2 rue Viguerie - TSA 80035 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9

Toute transmission d'un dossier incomplet entraînera un retard dans son traitement
Vous pouvez vous référer à la procédure sur intranet – rubrique DRH vie professionnelle – congés, absences, arrêts de travail, accidents de travail -

JE SOUSSIGNE(E) :

NOM de jeune fille.....

D'épouse..... **PRENOM**.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

.....

TELEPHONE : PERSONNEL :PROFESSIONNEL :

N° DE MATRICULE :

STATUT : **TITULAIRE** * **NON TITULAIRE** (préciser).....

GRADE.....**SERVICE**.....**U.F.**.....**POLE**.....

ETABLISSEMENT (à préciser, ex : PPR, Rangueil) :

.....

DECLARE QUE J'AI ETE VICTIME D'UN

ACCIDENT DE TRAVAIL* ACCIDENT DE TRAJET le20..... àH.....

HORAIRE DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT deHeures.....à.....Heures.....

TIERS RESPONSABLE **OUI*** **NON**

Si oui : Nom :Prénom :

Adresse.....

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance et n° de références (police, sinistre, copie du constat)

.....

.....

RECHUTE AGGRAVATION le20..... àH.....

La rechute s'est produite sur le lieu du travail : **OUI** **NON**

Préciser la date de l'accident initial :

CIRCONSTANCES

(Préciser de façon détaillée les circonstances de l'accident, la nature et le siège des lésions. **En cas d'accident de trajet, joindre un plan type Mappy.fr ou autre, indiquant le trajet emprunté en précisant le lieu de l'accident, le lieu du domicile et le lieu du travail**)

TOULOUSE, LE.....Signature de l'agent

TEMOINS OUI NON

Si OUI :Nom, Prénom,.....

Service.....

Signature

OBSERVATIONS ET VISA DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE : (conserver une copie du document)

Je soussigné(e).....atteste avoir pris connaissance de cette déclaration.

OBSERVATIONS :.....

.....

.....

.....

NB : votre signature atteste uniquement de la prise de connaissance du document et de l'évènement. Joindre un rapport si nécessaire ou à la demande de la Direction des Ressources Humaines.

Tél (obligatoire) :

TOULOUSE, le

Signature et TAMPON du service obligatoire :