



### Les témoins

(joindre les déclarations des témoins datées et signées)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### Les tiers en cause


NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### Siège des lésions

- 
- Œil
- Thorax
- Epaule, bras, coude
- Main
- Hanche, cuisse
- Pieds
- Tête
- Cou, colonne
- Abdomen, bassin
- Avant-bras, poignet
- Genou, jambe, cheville
- Sièges multiples

### Nature des lésions

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contusion, hématome, douleur musculaire        | <input type="checkbox"/> Lésion musculaire, tendineuse, hernie ou éventration | <input type="checkbox"/> Malaise avec perte de connaissance |
| <input type="checkbox"/> Piqûre   | <input type="checkbox"/> Fracture, fêlure                                     | <input type="checkbox"/> Malaise sans perte de connaissance |
| <input type="checkbox"/> Plaie  | <input type="checkbox"/> Présence de corps étranger                           | <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques            |
| <input type="checkbox"/> Entorse, luxation                              | <input type="checkbox"/> Brûlure, gelure                                      | <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels                |
| <input type="checkbox"/> Tendinite, arthrite                            | <input type="checkbox"/> Ecrasement, amputation                               | <input type="checkbox"/> Lésion nerveuse ou neurologique    |
| <input type="checkbox"/> Lumbago  | <input type="checkbox"/> Intoxication   | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____          |
| <input type="checkbox"/> Sciatique, hernie discale, tassement vertébral | <input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade                                     | _____   |
|   | <input type="checkbox"/> Traumatismes multiples                               |   |

### Conclusion

Conclusion de l'enquête administrative sur l'imputabilité : \_\_\_\_\_

Cet accident a-t-il fait l'objet d'une analyse de prévention ?  OUI  NON

Si des mesures de prévention ont été prises, précisez lesquelles : \_\_\_\_\_

Date

Signature de l'agent

Date

Nom et signature du supérieur hiérarchique