

DECLARATION D'ACCIDENT
Fiche à transmettre à l'I.E.N

Circonscription							
Commune							
Nom de l'école							
Code RNE (7chiffres+ 1lettre)							
Circonstances et nature de l'accident							
Nom et Prénom(s) de l'élève accidenté							
Sexe (1)	féminin	<input type="checkbox"/>	masculin	<input type="checkbox"/>			
Date de naissance							
Classe fréquentée (1)	PS	<input type="checkbox"/>	CE1	<input type="checkbox"/>	Initiation	<input type="checkbox"/>	
	MS	<input type="checkbox"/>	CE2	<input type="checkbox"/>	Adaptation	<input type="checkbox"/>	
	GS	<input type="checkbox"/>	CM1	<input type="checkbox"/>	CLIS	<input type="checkbox"/>	
	CP	<input type="checkbox"/>	CM2	<input type="checkbox"/>			
L'élève est-il assuré? (1)	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>			
Nom et Prénom du représentant légal							
Adresse du représentant légal							
Nom et Prénom du deuxième représentant légal (le cas échéant)							
Adresse du deuxième représentant légal							
Date de l'accident (jour)				heure	<input type="checkbox"/>	minutes	<input type="checkbox"/>
Situation (1)	situation habituelle		<input type="checkbox"/>				
	sortie scolaire sans nuitée		<input type="checkbox"/>				
	sortie scolaire avec nuitée(s)		<input type="checkbox"/>				
	rencontre sportive		<input type="checkbox"/>				
	autres (à préciser)		<input type="checkbox"/>				
Gravité (le cas échéant) (1)	consultation médicale ou soins hospitaliers			<input type="checkbox"/>			
	hospitalisation			<input type="checkbox"/>			
Lieu de l'accident (1) (à préciser éventuellement ci-dessous)	salle de classe		<input type="checkbox"/>	gymnase		<input type="checkbox"/>	
	cours, terrain de récréation		<input type="checkbox"/>	piscine/ bassin		<input type="checkbox"/>	
	couloirs		<input type="checkbox"/>	piscine/ abords		<input type="checkbox"/>	
	escaliers		<input type="checkbox"/>	terrain de sport		<input type="checkbox"/>	
	salle de jeu		<input type="checkbox"/>	pleine nature		<input type="checkbox"/>	
	sanitaires		<input type="checkbox"/>	centre équestre		<input type="checkbox"/>	
	transports sur le trajet de l'école		<input type="checkbox"/>	abords de l'école		<input type="checkbox"/>	
	autres (à préciser)		<input type="checkbox"/>				

(1) cocher la case appropriée

Nature de l'activité (1)	activités pédagogiques	activités sportives à préciser obligatoirement :	
	récréation		
	passage aux toilettes	salle de motricité	
	entrée ou sortie	autres (à préciser) :	
Dommages corporels (1) & (2)	Crâne	doigts	
	visage (à préciser)		
	yeux	tronc	
	dent	jambes	
	épaule	genou	
	bras	cheville	
	coude	orteils	
	poignet	autre (à préciser) :	
Nature de la blessure			
Nom et prénom du/des maîtres chargés du service de surveillance			
Déclaration du maître quant aux circons- tances et à la nature de l'accident			
Mesures prises	Les parents ont-ils été joints?		
	oui		<input type="checkbox"/>
	non		<input type="checkbox"/>
Date et signature du maître	A quelle heure ?		
Conclusions du directeur(trice) de l'école (surveillance, mesures prises, caractère de l'accident...)			
A	le	Signature du Directeur	
Avis de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale (1):			
surveillance assurée normalement		<input type="checkbox"/>	
défaut de surveillance		<input type="checkbox"/>	
mesures prises efficaces		<input type="checkbox"/>	
mesures prises inappropriées		<input type="checkbox"/>	
accident fortuit, imprévisible		<input type="checkbox"/>	
accident dû à un défaut des mesures de sécurité		<input type="checkbox"/>	
autre (à préciser)		<input type="checkbox"/>	
A	le	Signature de l'IEN	

(1) cocher la case appropriée
(2) indiquer gauche ou droit, le cas échéant