|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ENREGISTREMENT** | **Réf. : EN-GDATMP-01**  **Version : 02**  **Page : 1 / 1** |
| **DECLARATION D’ACCIDENT DU TRAVAIL** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’accident a-t-il entrainé un arrêt de travail ? \***  **OUI NON**  **L’accident a-t-il entrainé la mort de la victime ?\***  **OUI NON** | | **RESERVE A LA CNPS** | **N° SINISTRE /CODE**  …………………………………………… |
| **1- EMPLOYEUR** |  | | | |

N° CNPS EMPLOYEUR /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ N° CONTRIBUABLE /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

NOM OU RAISON SOCIALE :……………………………………………………………… SIGLE :…………………………

ADRESSE POSTALE :………………….…………………………………………………………………………………….……

N° TEL :……………………………………… N° CEL :…………………….…………. FAX :……………………...………….

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : …………………………………………………………………………………………………

NOMBRE DE SALARIÉS DE L’ÉTABLISSEMENT AU MOMENT DE L’ACCIDENT :…………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **2- VICTIME** |  |

N° CNPS SALARIE /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

NOM :……………………………………PRENOMS :…………………………………………………SEXE\* M 🞎 F 🞎

DATE DE NAISSANCE /\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ LIEU DE NAISSANCE :.……………………………………..

NATIONALITE :……………………………………………………………………………………………………………………..

NOM ET PRENOMS DU PÈRE :………….………………………………………………………………………………………..

NOM ET PRENOMS DE LA MERE :……………………………………………………………………………………..………..

ADRESSE POSTALE :………….……………………………………………………………………………………………………

N° TELEPHONE PERSONNEL:……………………………....…… EMAIL :…………..…………………..…………………….

FONCTION DANS L’ENTREPRISE :………………………………………………………………………………………………

PROFESSION : …………………………………………………………………………………………………………………….

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE :………………………………………………………………………………………….

ANCIENNETE DANS LA PROFESSION : ………………………………………………………………………………………..

DATE D’EMBAUCHE /\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ DUREE DE PREAVIS /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ JOURS

***Antécédents médico-chirurgicaux :***

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………*

|  |  |
| --- | --- |
| **3- ACCIDENT DU TRAVAIL** |  |

DATE (PRECISER LE JOUR DE LA SEMAINE)/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ HEURE (0 à 24 H) /\_\_\_\_\_\_\_ / MINUTES /\_\_\_\_\_\_/ LIEU DE L’ACCIDENT :……………………………………………………………………………………………………….…..

AGENT MATERIEL :………………………………………………………………………………………………………….…….

NATURE DES LESIONS :…………………………………………………………………………………………………………...

SIEGES DES LESIONS :…………………………………………………………………………………………………………….

\*COCHER LA CASE QUI CONVIENT.

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L’ACCIDENT

………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………...………

……………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………

NATURE DU TRAVAIL EFFECTUÉ AU MOMENT DE L’ACCIDENT

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

HORAIRES DE TRAVAIL DE LA VICTIME DANS L’ENTREPRISE :

- MATIN DE /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ H /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ MN à /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ H /\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ MN

- APRES-MIDI DE /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ H /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ MN à /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ H /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ MN

- SOIR DE /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ H /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ MN à /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ H /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ MN

|  |  |
| --- | --- |
| **4- DONNEES DES CERTIFICATS MEDICAUX** |  |

DATE D’ARRET DU TRAVAIL :……………………………………………………………………………………………………..

DUREE DE L’INCAPACITE TEMPORAIRE :………………………………………………………………………………………

DATE DE REPRISE DU TRAVAIL :………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **5- TEMOINS DE L’ACCIDENT** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOM et PRENOMS** | **PROFESSION** | **VILLE** | **TEL. / CEL.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6- PERSONNES A JOINDRE (EN CAS D’URGENCE)** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOM et PRENOMS** | **QUALITE** | **VILLE** | **TEL. / CEL.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

DECLARATION FAITE A ………………………………………………….. LE /\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

PAR (NOM ET PRENOMS) :………………………………………………………………………………………………………

QUALITE DU DECLARANT (lien avec la victime) : :…………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS IMPORTANT**  1. LA PRESENTE DÉCLARATION (REMPLIE EN **03** (TROIS) EXEMPLAIRES, SIGNÉES  ET CACHETÉES) DEVRA IMPERATIVEMENT PARVENIR À LA STRUCTURE DE LA  CNPS DE VOTRE CIRCONSCRIPTION DANS LES **48 HEURES** À COMPTER DE LA  DATE DE L’ACCIDENT, LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI.  2. LA CNPS SE RESERVE LE DROIT DE RECLAMER DES INFORMATIONS  COMPLEMENTAIRES ET / OU DE MENER TOUTE ENQUÊTE UTILE POUR LE TRAITEMENTDU DOSSIER.  3. TOUTE FAUSSE DECLARATION SERA REJETÉE ET PASSIBLE DE POURSUITE  JUDICIAIRE, CONFORMEMENT AUX TEXTES EN VIGUEUR. | **(SIGNATURE)**  **(CACHET DE L’EMPLOYEUR)** |

**NB : si la déclaration est faite par la victime ou ses ayants-droit, le cachet de l’employeur n’est plus nécessaire**