

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE DU PAS DE CALAIS  
DECLARATION ACCIDENT DE SERVICE / MALADIE PROFESSIONNELLE

DOSSIER

Nom / prénom de l'agent :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

RAPPORT ADMINISTRATIF

**Date de première constatation :**

(de l'accident ou de la maladie professionnelle)

**En cas de Rechute** (date de déclaration) :

**Maladie professionnelle** : Déclarée le :

**Accident** :  de service  de trajet      Date / heure :

Déclaré par l'agent le :

Horaires de travail de l'agent le jour de l'accident :

**Si la maladie professionnelle ou l'accident concerne un membre supérieur, précisez si l'agent est :**

droitier

gaucher

**Périodes des arrêts de travail :**

Si le fonctionnaire a obtenu d'autres périodes de congé accident ou maladie professionnelle :

Dénomination (accident/maladie professionnelle)	Date de constatation	Date de guérison / consolidation	taux IPP

## AVIS DE L'ADMINISTRATION

Rappel : **L'imputabilité d'un accident de service ou de trajet ou la maladie professionnelle ou la maladie contractée en service (reconnue d'origine professionnelle) peut être directement reconnue par l'administration** en application des dispositions suivantes :

- décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 modifiant le décret 86-442 du 14 mars 1986 : « [...] **la commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité est reconnue par l'administration** [...] »

- circulaire n° DHOS/RH3/2009/52 du 17 février 2009 : « [...] en matière d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, le décret réserve désormais l'intervention des commissions de réforme aux cas où l'administration a refusé de reconnaître l'imputabilité d'un accident ou d'une maladie [...] ».

**Résumé détaillé des faits** de l'accident initial ou de la rechute

Avis **OBLIGATOIRE** de l'administration sur :

Les relations de causes à effet entre le service et l'accident et/ou date de décision de reconnaissance d'imputabilité  
ou Les raisons qui ont conduit l'administration à ne pas reconnaître l'imputabilité

**OBSERVATIONS**

**VISA DE L'ADMINISTRATION**

Date, Signature, Cachet