



SERVICE INSTANCES MÉDICALES

COMMISSION DE REFORME DEPARTEMENTALE DU CENTRE DE GESTION 13

DECLARATION AGENT ACCIDENT DE SERVICE

À remplir par l'agent accidenté

Madame

Monsieur

NOM et Prénom de l'agent :

Né(e) le :

 | | | | |

☎ (Facultatif) :

 | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse complète :

.....
.....
.....

Code Postal :

 | | | | |

Ville :

.....

Service :

Grade :

Fonction :

Date début d'arrêt :

 | | | | |

Date fin d'arrêt :

 | | | | |

Déclare avoir été victime d'un accident imputable au service :

Date de l'accident :

 | | | | |

Heure de l'accident :

.... h....

Activité de l'agent au moment des faits :

.....
.....

Lieu exact de l'accident :

Préciser les circonstances de l'accident :

.....
.....
.....

Lésion(s) corporelle(s) présentée(s) :

.....
.....

Portez la mention manuscrite : « je certifie sur l'honneur l'exactitude des mentions portées ci-dessus »

.....
.....

Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale, en application de l'article 29 du titre I du statut des fonctionnaires.

Fait à

(Signature de l'agent)

Le

 | | | | |