



SERVICE INSTANCES MÉDICALES

COMMISSION DE REFORME DEPARTEMENTALE DU CENTRE DE GESTION 13

DECLARATION DE TMOIGNAGE ACCIDENT DE SERVICE

À remplir par le témoin

Madame Monsieur

NOM et Prénom du témoin : _____

Né(e) le : _____ ☎ (Facultatif) : _____

Adresse complète :

Service :

Grade :

Fonction :

Déclare avoir été témoin de l'accident de service dont a été victime :

NOM et Prénom de l'agent accidenté : _____

Né(e) le : _____

Service :

Grade :

Fonction :

Date de l'accident : _____

Heure de l'accident :h....

Activité du témoin 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 du témoin)

Le _____