

# DÉCLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> degrés



Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de Saône-et-Loire

**Pour le 1<sup>er</sup> degré :** document à remplir par l'école. Conserver un exemplaire et transmettre l'original à l'IEN de circonscription pour visa avant envoi à la DSDEN.

**Pour le 2<sup>e</sup> degré :** document à remplir par l'établissement. En conserver un exemplaire et transmettre l'original à la DSDEN.

## IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

*Cachet de l'établissement*

**Pour le 2<sup>nd</sup> degré : cet imprimé est à utiliser pour les accidents survenus :**

- au cours des activités physiques et sportives prévues aux programmes des établissements publics de l'enseignement du second degré ;
- au cours des épreuves d'éducation physique et sportive des examens et concours de l'enseignement supérieur, de l'enseignement du second degré, de l'enseignement technique (candidats de l'enseignement public et de l'enseignement libre) ;
- pendant le temps scolaire, pour les établissements du second degré, à l'exclusion de l'enseignement technique ou professionnel ;
- en dehors de la scolarité, au cours d'activités relevant du Ministère de l'Education nationale, à des enfants ou jeunes gens confiés à un membre de l'enseignement public et sous la surveillance de ce dernier.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME DE L'ACCIDENT

NOM \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Classe fréquentée \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Noms et prénoms des responsables légaux \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Les parents ont-ils un régime d'assurance sociale ?      oui       non

N° d'assuré social auquel est rattaché l'enfant \_\_\_\_\_

À quel régime ?    général     fonctionnaire     mutualité agricole

L'élève est-il couvert par une assurance individuelle ?      oui       non

Raison sociale de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Adresse de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) DOMMAGE(S) CORPOREL(S)

Localisation et nature des lésions \_\_\_\_\_

Nom du médecin qui a procédé à l'examen de l'élève \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Certificat médical :    oui     non     si oui, uniquement le certificat médical détaillant la blessure

## RAPPORT DE L'AGENT RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE (ENSEIGNANT OU AUTRE PERSONNEL)

▪ **Renseignements concernant l'agent**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

L'agent est-il assuré en responsabilité civile ?                      oui                       non

Auprès de quelle compagnie ? \_\_\_\_\_

▪ **Questionnaire relatif à l'accident**

Date \_\_\_\_\_                      Heure \_\_\_\_\_

Moment (entrée, sortie, classe, récréation, trajet...) \_\_\_\_\_  cocher si pendant une activité sportive Lieu (salle de classe, cour, escalier, rue...) \_\_\_\_\_

Où se trouvait l'agent au moment de l'accident ? \_\_\_\_\_

Que faisait l'agent au moment de l'accident ? \_\_\_\_\_

Exerçait-il une surveillance effective ?                      oui                       non

L'agent a-t-il vu l'accident se produire ?                      oui                       non

Pouvait-il l'anticiper ?                      oui                       non

La victime pratiquait-elle un exercice                      autorisé                       interdit

L'accident est-il imputable à un état défectueux                      du terrain                       du local                       des installations

Désignation du propriétaire du local ou du terrain \_\_\_\_\_

**Autres Dommages non corporels :**                      oui                       non                       Lesquels : \_\_\_\_\_

Compte rendu de cet agent en indiquant avec précision les causes et les circonstances de l'accident :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ **Auteur(s) de l'accident :**

L'accident a-t-il été causé - par un autre élève :                      oui                       non

- par un tiers :                      oui                       non

Nom \_\_\_\_\_                      Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_                      Classe ou profession \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

L'auteur de l'accident est-il couvert par une assurance responsabilité civile ?                      oui                       non

Raison sociale de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Adresse de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ?                      oui                       non

Si oui, en indiquer le contenu en annexe.

▪ **Mesures prises après l'accident**

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ?                      oui                       non

Si oui, par qui ? \_\_\_\_\_

Où a-t-elle été conduite ? \_\_\_\_\_

Par qui ? \_\_\_\_\_

La famille a-t-elle été prévenue ?                      oui                       non

Si oui, par qui ? \_\_\_\_\_

▪ **Dresser un croquis indiquant**

Veillez indiquer impérativement :

- La disposition générale des lieux (préciser l'échelle) ;
- Le lieu de l'accident ;
- La place de l'agent, avec une flèche indiquant la direction de son regard) ;
- La place de la victime, de l'auteur éventuel de l'accident, des témoins éventuels, et s'il y a lieu, de l'auteur de l'accident. Coller, le cas échéant, une ou plusieurs photographies des lieux.

**Observations et visa du directeur de l'école ou du chef d'établissement, auteur du rapport ci-dessus**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Observations \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature :

**Témoignages**

Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire, à l'exception de l'agent chargé de la surveillance. Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes. Les dépositions doivent comporter au moins les précisions suivantes :

- Jour, heure, lieu de l'accident ;
- Que faisaient au moment de l'accident le professeur, la victime, les témoins ?
- Où était l'agent responsable de la surveillance ?
- Qu'a-t-il fait après l'accident ?

**Le témoin doit faire sa déposition sur papier libre en indiquant obligatoirement :**

- **Son nom**
- **Son prénom**
- **Son adresse**

**Visa de l'Inspecteur (trice) de l'éducation nationale de circonscription**

À

le

L'inspecteur (trice) de l'éducation nationale de circonscription

**Visa de l'Inspectrice d'académie, Directrice académique des services départementaux de l'éducation nationale de Saône et Loire**

À

le

L'inspectrice d'académie,  
directrice académique des services départementaux de  
l'éducation nationale de Saône et Loire

Catherine PIERRE