# CIRCONSCRIPTION DE :

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

**DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE**

**Premier degré**

*Références : circulaire n° 2009-154 du 27-10-2009 ; B.O.E.N n°43 du 19-11-2009.*

**Ecole : ...........................................................................**

**c*achet de l'école***

**Commune : ..................................................................**

**Date de l’accident : …………………………………………………**

**Renseignements concernant la victime de l'accident :**

Nom : ...............................................................................................................................................................

*en lettres capitales*

Prénoms : .........................................................................................................................................................

*souligner le prénom usuel*

Date de naissance : ................................................... classe fréquentée : .............................................

Noms et prénoms des parents ou responsables légaux : ...................................................................................

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

Adresse : ..............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................. Profession du responsable légal : ........................................................................................................................

Les parents sont-ils assurés sociaux ? OUI □ NON □

N° d'assuré social du responsable légal : ............................................................................................................

Régime : général / fonctionnaire / mutualité agricole / autre (préciser)

*rayer les mentions inutiles*

### L'élève est-il couvert par une assurance individuelle ? OUI □ NON □ Raison sociale de la compagnie d'assurance : ...............

Adresse de la compagnie d'assurance :..........................

**Renseignements sur les dommages corporels :**

Localisation et nature des dommages :

Nom et adresse du médecin qui a procédé à l'examen de l'élève :

Certificat médical détaillé (joindre une copie)

OUI □ NON □

## Rapport de l'agent responsable de la surveillance :

Renseignements concernant l’agent responsable de la surveillance :

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) : ….....

Lieu (salle de classe, cour, escaliers, 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 se produire l'accident ? OUI □ NON □

Pouvait-il l'anticiper ? OUI □ NON □

La victime pratiquait-elle un exercice autorisé ou

interdit ? autorisé □ interdit □

L'accident est-il imputable à un état défectueux du terrain ? OUI □ NON □

du local ? OUI □ NON □

des installations ? OUI □ NON □

L'accident a été causé :

□ par un autre élève nom : .......................................................... prénom : ...............................................

date de naissance : ..................................... classe : ..................................................

adresse : .......................................................................................................................

□ par un tiers nom : ......................................................... prénom : .................................................

adresse : .......................................................................................................................

L'auteur de l'accident est-il couvert par une assurance responsabilité civile ? OUI □ NON □ Raison sociale et adresse de la compagnie d'assurance : ................................................................................

Procès-verbal de gendarmerie ou de police : OUI □ NON □ (si oui, en indiquer le contenu en annexe).

**Compte-rendu de l'agent responsable de la surveillance indiquant avec précision les causes et les circonstances de l'accident :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 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 ? ...........................................................................

**Croquis de l'accident :**

*Veuillez 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, de témoins éventuels (coller le cas échéant une ou plusieurs photographies des lieux)*

Fait à : ...........................................................................

Le : ................................................................................

Signature de l’agent responsable de la surveillance

**Témoignages**

### Peut être un témoin quiconque a vu l’accident se produire, à l’exception de l’agent responsable de la surveillance.

Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes (1). Les dépositions doivent comporter au moins les précisions suivantes :

* *Jour, heure, lieu de l’accident.*
* *Que faisaient au moment de l’accident le surveillant ou le professeur ou le maître, la victime, les témoins ?*
* *Où était l’agent responsable de la surveillance?*
* *Qu’a-t-il fait après l’accident ?*

***1er témoin***

NOM - prénom : Age (s’il est l’élève) : Adresse : **Déposition :**

***Signature :***

***2ème témoin***

NOM - prénom : Age (s’il est l’élève) : Adresse : **Déposition :**

***Signature :***

(1) Plusieurs témoignages identiques dans les termes sont suspects et de faible valeur.

***Après signature de la déclaration, le directeur d’école :***

* ***transmet l’original et une photocopie à l’I.E.N. (indiquer « COPIE »)***
* ***conserve une photocopie dans l’école***

**VISA du directeur d’école**

Fait à ………………………………..….……, le …………….…………..…

Le directeur *(nom et signature)*

**VISA de l’I.E.N.**

### Fait à ………………………………..….……, le …………….………….....

L’I.E.N. *(nom et signature)*

**VISA de l’inspecteur d’académie, directeur académique des services de l’éducation nationale**

### A Besançon, le

L’inspecteur d’académie,

directeur académique des services de l’Education nationale

Patrice DURAND