

DECLARATION D’ACCIDENT SCOLAIRE

PREMIER OU SECOND DEGRE

*Référence : circulaire n°2009-154 du 27 octobre 2009 relative à l’information des parents lors des accidents scolaires (BOEN n°43 du 19/11/2009)*

**IDENTIFICATION DE L’ECOLE /EPLE :**…………………………………………………………………………………..

Nom de l’école/EPLE:...............................................................................................................................................

Adresse :…………………………………………………………………………………………………………………………Tel :…………………………………………………

Nom et prénom du directeur /Chef d’établissement: : ………………………………………………………………………

Pour les écoles, précisez la circonscription : B1🞎 B2🞎 B3🞎 B4🞎 ASH🞎

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**

**NOM et prénom de l’élève :**  Garçon 🞎 Fille🞎

Né(e) le Classe :

L’élève est-il couvert par une assurance individuelle accident : OUI 🞎 NON 🞎

Nom et adresse de la compagnie d’assurance :

Personnes exerçant l’autorité parentale :

M. 🞎 Mme 🞎 NOM : …………………………………………..PRENOM :

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………….

Code postal :………………. Commune :…………………………

Tél : ………………………….Courriel :……………………...................@...................................................................

Profession :

Affiliation à un régime d’assurance sociale : OUI 🞎 NON 🞎

Régime d’assurance sociale :

Numéro d’assuré social :……………………………………………………………………………………………………..

***Imprimé à utiliser pour les accidents survenus***

* *Au cours des activités scolaires ou des activités physiques et sportives prévues dans les programmes officiels.*
* *En dehors de la scolarité, au cours d’activités relevant du ministère de l’éducation nationale, à des enfants confiés à un membre de l’enseignement public et sous la surveillance de ce dernier.*

**DOMMAGE(S) CORPOREL(S) :**

Localisation et nature :

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

*Fournir un certificat médical indiquant avec précision le(s) dommage(s)corporel(s)constaté(s)*

Coller ici le certificat médical

**RAPPORT DE L’AGENT RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE**

NOM, prénom et qualité de l’agent :

L’agent est-il assuré en responsabilité civile ? OUI 🞎 NON 🞎

Auprès de quelle compagnie d’assurance ?

JOUR et heure de l’accident (préciser à quel moment du cours) :

LIEU précis de l’accident :

Place de l’agent au moment de l’accident :

Que faisait l’agent au moment de l’accident ?

L’agent exerçait-il une surveillance effective ?

L’agent a-t-il vu l’accident se produire ? Pouvait-il l’anticiper ?

Quelle était l’organisation du cours ? (classe entière, ateliers,)

Le cas échéant, préciser quelles ont été les consignes et les mesures de sécurité prises :

La victime pratiquait-elle un exercice/une activité autorisé(e) ou interdit ?

L’accident est-il imputable à un élément matériel défectueux (terrain, local, installation, matériel) ? Le cas échéant, en préciser le propriétaire :

L’accident a-t-il été causé par un autre élève ? OUI 🞎 NON 🞎

Dans l’affirmative

Nom, prénom : Né(e) le : Classe :

Adresse :

Est-il couvert par une assurance responsabilité civile ? OUI 🞎 NON 🞎

Nom et adresse de la compagnie d’assurance :

L’accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI 🞎 NON 🞎

Dans l’affirmative

Nom, prénom :

Adresse :

Profession :

Est-il couvert par une assurance responsabilité civile ? OUI 🞎 NON 🞎

Nom et adresse de la compagnie d’assurance :

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? OUI 🞎 NON 🞎

En indiquer le contenu :

**MESURES PRISES APRES L’ACCIDENT** :

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? Par qui ?

Où a-t-elle été conduite ? Par qui ?

La famille a-t-elle été prévenue ? OUI 🞎 NON 🞎

Par qui ?

COMPTE RENDU précisant les causes et les circonstances de l’accident :

CROQUIS indiquant :

* la disposition générale des lieux (préciser l’échelle),
* le lieu de l’accident,
* la place de l’agent chargé de la surveillance (avec une flèche indiquant la direction de son regard), de la victime et éventuellement des témoins et de l’auteur de l’accident.

Coller ici une ou plusieurs photographies des lieux

Fait à …………………… Le………………………… Signature de l’agent auteur du rapport:

**TEMOIGNAGES :**

*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 et lieu de l’accident*
* *Que faisaient au moment de l’accident l’agent, la victime, les témoins ?*
* *Où était l’agent responsable de la surveillance ?*
* *Qu’a-t-il fait après l’accident ?*

Témoin n°1:

NOM, Prénom :…………………………………………………………Age (uniquement pour un élève)……………….

Qualité :……………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse :

Déposition :

Fait à …………………… Le………………………… Signature

Témoin n°2 :

NOM, Prénom :…………………………………………………………Age (uniquement pour un élève)……………….

Qualité :…………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse :

Déposition :

Fait à …………………… Le………………………… Signature

**CONCLUSIONS DU DIRECTEUR D’ECOLE/ CHEF DE L’EPLE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à …………………… Le………………………… Signature

**CONCLUSIONS DE L’IEN POUR LES ACCIDENTS RELEVANT DU PREMIER DEGRE**

Faire apparaitre nettement en conclusion si la responsabilité de l’agent en charge de la surveillance semble engagée ou non.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à …………………… Le………………………… Signature

**PARTIE RESERVEE AU DIRECTEUR ACADEMIQUE DES SERVICES DE L’EDUCATION NATIONALE**

 A Belfort, le

 Pour le recteur et par délégation

 le directeur académique

 des services de l’éducation nationale

 Eugène KRANTZ

*Date de retour du présent rapport à l’établissement scolaire : ………………………………………………………*

*NB : Une copie est conservée à la DSDEN du Territoire de Belfort.*