

Accident vie scolaire

Accident E.P.S

DÉCLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 1^{er} DEGRÉ

À retourner à:

Direction des Établissements et de la Contractualisation
Service Commun de la Scolarité *

* transmettre hiérarchiquement via l'IEN

31 rue de l'Université

CS 39004

34064 MONTPELLIER Cedex

Académie de MONTPELLIER - Département de l'HÉRAULT

Nom de l'établissement ou de l'école :

.....

Code postal - ville:

Adresse :

.....

N° d'identification de l'école :

Nom et Prénoms de la victime

.....

.....

Date de naissance

.....

Classe de l'élève

.....

Brève analyse de l'accident

Date de l'accident :

Résumé succinct des circonstances :

Domages corporels :

IMPRIME À UTILISER POUR LES ACCIDENTS SURVENUS

► Au cours des activités scolaires prévues aux programmes des établissements publics de l'enseignement du premier degré (y compris lors des activités physiques et sportives).

► En dehors de la scolarité, au cours d'activités relevant du Ministère de l'Éducation Nationale, à des enfants ou jeunes gens confiés à un membre de l'enseignement public et sous la surveillance de ce dernier.

● À établir à la diligence du directeur d'école en un original et une copie certifiée conforme. (à conserver dans l'école).

Classe de l'élève :

NOM et Prénoms de la victime

RENSEIGNEMENTS SUR LES DOMMAGES CORPORELS

(Ou joindre le certificat médical indiquant avec précision les dommages corporels constatés)

5) Localisation et nature

.....
.....

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

.....
.....

7) Certificat médical indiquant avec précision les dommages corporels constatés

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

4) Nom :

5) Prénom :

6) Date de naissance :

7) Classe fréquentée :

Responsable légal

8) Nom :

9) Prénom :

10) Adresse :

11) Profession :

12) A-t-il un régime d'assurance sociale ? OUI NON

13) Numéro d'assuré social :

14) À quel régime ? (général, fonctionnaire, mutualité agricole...) :

15) L'élève est-il couvert par une assurance individuelle ? OUI NON

16) Raison sociale et adresse de la compagnie d'assurance :
.....

RAPPORT DE L'AGENT RESPONSABLE

DE LA SURVEILLANCE

(Enseignant, ou autre personnel)

Renseignements concernant l'agent

17) Nom :

18) Prénom :

19) Fonction :

20) L'agent est-il assuré en responsabilité civile ? Auprès de quelle compagnie ?

.....

Questionnaire relatif à l'accident

21) Jour, Heure, lieu de l'accident :

.....

22) Moment (entrée, sortie, classe, récréation, trajet...) :

.....

23) Lieu (salle de classe, cour, escalier, rue...) :

.....

24) Où se trouvait l'agent au moment de l'accident ?

.....

25) Que faisait l'agent au moment de l'accident ?

.....

26) Exerçait-il une surveillance effective ?

.....

27) L'agent a-t-il vu l'accident se produire ?

.....

28) Pouvait-il l'anticiper ?

.....

29) La victime pratiquait-elle un exercice autorisé ou interdit ?

.....

.....

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

.....

31) L'accident a-t-il été causé :

Par un autre élève OUI NON

Par un tiers OUI NON

Si oui, compléter l'annexe 1 relative à l'auteur de l'accident.

32) Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? En indiquer le contenu :

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

33) Compte rendu de l'agent indiquant avec précision les causes et les circonstances de l'accident :

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

CONCLUSIONS DU DIRECTEUR D'ÉCOLE

Le professeur ou l'agent exerçait-il, au moment de l'accident, une surveillance effective ?

.....
.....

L'accident était-il prévisible ?

.....
.....

Conclusions :

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

Fait à.....
Le

Le chef d'établissement, le Directeur
d'école ou le président du jury

OBSERVATIONS ET AVIS DE L'INSPECTEUR DE L'ÉDUCATION NATIONALE

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

Fait à.....
Le

L'Inspecteur de l'Éducation Nationale

ANNEXE 1
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTEUR

37) Nom :

38) Prénom :

39) Date de naissance :

40) Classe fréquentée ou profession:

Responsable légal

41) Nom :

42) Prénom :

43) Adresse :

44) Profession :

45) A-t-il un régime d'assurance sociale ? OUI NON

46) Numéro d'assuré social :

47) À quel régime ? (général, fonctionnaire, mutualité agricole...) :

48) L'élève est-il couvert par une assurance individuelle ? OUI NON

49) Raison sociale et adresse de la compagnie d'assurance :

**Attention : Informations à communiquer au responsable légal de la
victime qu'avec l'accord écrit du responsable légal de l'auteur de
l'accident**

ACCORD ÉCRIT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, responsable
légal de l'élèveAutorise / n'autorise pas
le directeur d'école, le chef d'établissement, à communiquer l'ensemble des informations ci-dessus au
responsable légal de la victime.

Fait à, le

Signature

ANNEXE 2 TÉMOIGNAGES

Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire, à l'exception du professeur chargé de la surveillance.

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

- jour, heure, lieu de l'accident ;
- que faisaient au moment de l'accident l'enseignant, la victime, les témoins ?
- où était l'agent responsable de la surveillance ?
- qu'a-t-il fait après l'accident ?

Témoin:

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Déposition :

Signature :

Témoin :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Déposition :

Signature :