

Ministère de l'Education Nationale

**Académie
de la Guadeloupe**

**DECLARATION D'ACCIDENT D'ELEVE
PREMIER DEGRE**

Ce dossier doit être transmis complet et en double exemplaire au RECTORAT dans les huit jours qui suivent l'accident s/c de l'Inspecteur de l'Education Nationale.

Les dossiers incomplets, c'est à dire, notamment :

- Ceux pour lesquels le certificat médical, s'il y a lieu, manque,
- Ceux pour lesquels les conclusions du Directeur ou de la Directrice ne sont pas indiquées etc. seront retournés pour complément d'information.

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

Adresse :

Ville :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

NOM :.....**PRENOM :**.....

DATE DE NAISSANCE :.....

ASSURANCE DE L'ELEVE :

NOM ET ADRESSE DES PARENTS :

Tél :.....

PROFESSION :.....

DATE DE L'ACCIDENT :.....HEURE :.....LIEU :.....

RESUME DES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

DOMMAGES CORPORELS :.....

Nom et qualité du maître chargé de la surveillance :

Le maître exerçait-il au moment de l'accident une surveillance effective ?

Le maître a-t-il vu l'accident se produire ?

L'accident pouvait-il être prévenu ou évité ?

Attitude des parents ?

**CONCLUSION DU (DE LA) DIRECTEUR (TRICE) DE L'ECOLE
(Notamment au regard de la responsabilité de l'enseignant)**

Fait à, le

Signature du (de la) Directeur (trice)

**CERTIFICAT MEDICAL
(A remplir et à joindre obligatoirement)**

A remplir par le maître de service :

NOM et prénom du maître de service : _____

Circonstances de l'accident :

Date : _____

Heure : _____

Lieu : _____

Blessure (s) : Nature : _____

Siège : _____

Gravité et conséquences possibles : _____

Auteur de l'accident (éventuellement) : _____

L'auteur de l'accident est-il couvert par une assurance ? OUI NON

Laquelle ? _____

Pièces jointes :

Témoignages

Certificat médical

Autres : _____

Texte de référence : Loi du 5 avril 1937- Circulaire du 23 mars 2004

TEMOIGNAGES

Noms et prénoms, qualités et adresses des témoins :

1^{er} Témoignage :

**Fait à....., le.....
Signature (s) du (ou des) témoin(s)**

2^{ème} Témoignage :

**Fait à....., le.....
Signature (s) du (ou des) témoin(s)**

EN CAS D'ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS, NOM DE CELUI-CI :

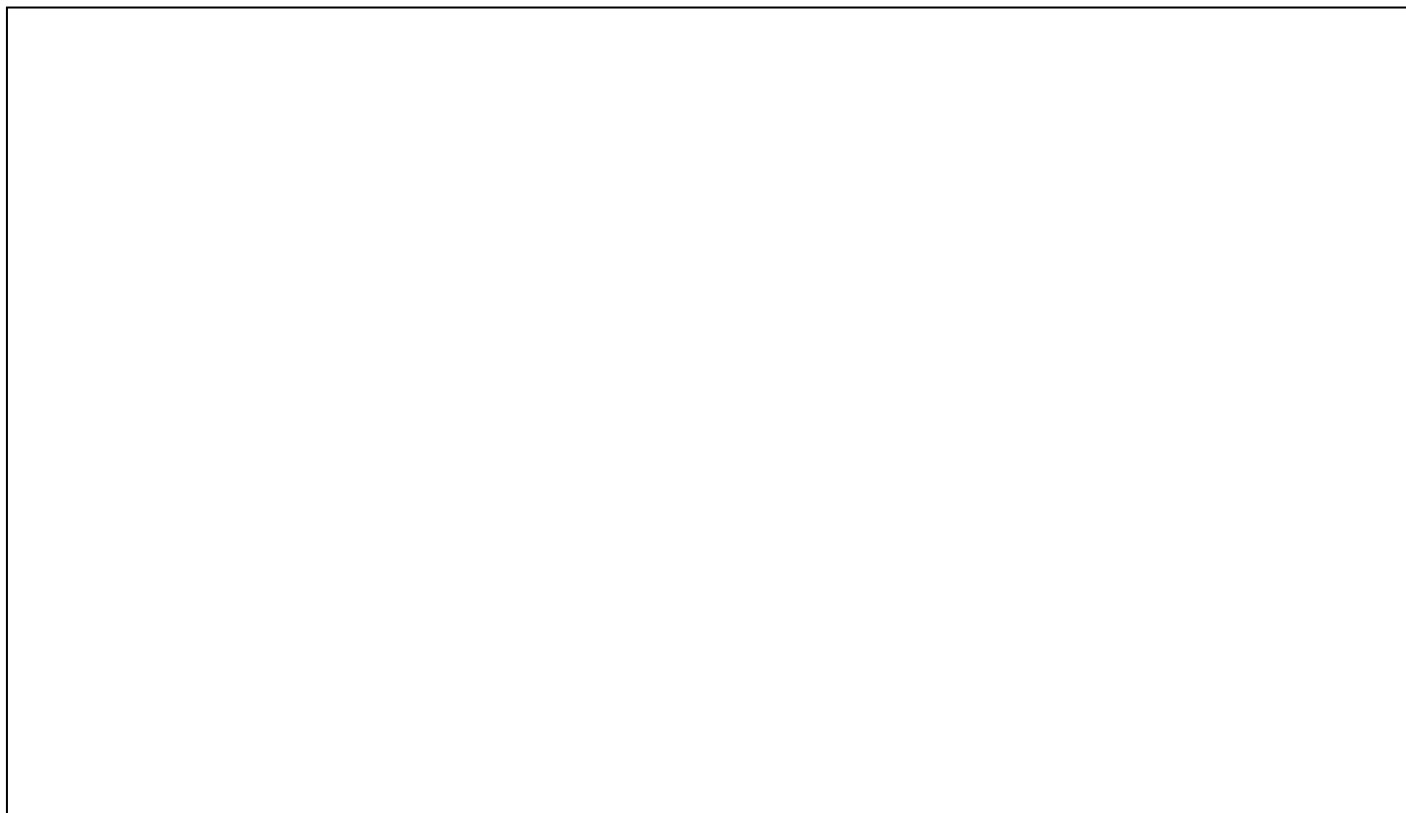
Adresse :

Compagnie d'assurance :

CROQUIS DE L'ACCIDENT

Faire apparaître clairement :

- Le lieu de l'accident
- La place du maître chargé de la surveillance, de la victime, de l'auteur éventuel de l'accident, des témoins.



OBSERVATIONS DE L'INSPECTEUR DE L'EDUCATION NATIONALE

A....., le.....

OBSERVATIONS DU RECTEUR

Les Abymes, le.....

Le recteur