

## DÉCLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 1<sup>ER</sup> DEGRÉ

Document à remplir par l'école en double exemplaire et adressé à l'IEN de circonscription avec le certificat médical initial

### IDENTIFICATION DE L'ÉCOLE

Nom de l'école : .....

N° RNE : .....

Adresse : .....

.....

☎ .....

Nom et prénom du directeur de l'école : .....

Numéro de circonscription : .....

### IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom et prénom de l'élève accidenté : .....

Date et lieu de naissance : .....

Classe fréquentée : .....

### INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT

Date (jour/mois/année) : .....Heure : .....

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

Lieu : .....

Nature de l'accident : .....

### PERSONNE RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE

Nom et prénom : .....

Statut à l'égard de l'élève :

- père                       mère                       tuteur
- personne ayant la charge de l'enfant à la demande des :  père    mère    tuteur    autorité compétente
- personne exerçant une autorité de fait sur l'enfant (à défaut des intervenants précédents)

Profession : .....

Adresse : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

A quel régime ?             général                       fonctionnaire                       mutualité agricole

Contrat d'assurance :                       responsabilité civile                       assurance scolaire

Nom de la compagnie : ..... N° de police : .....

Adresse : .....

La personne responsable a-t-elle été prévenue ?             oui                       non

Si oui, par qui ? .....

Date de l'accident : ..... Nom de la victime : .....

### RAPPORT DE LA PERSONNE CHARGÉE DE LA SURVEILLANCE

Nom et prénom de la personne chargée de la surveillance :  
.....

Fonction : .....

Contrat d'assurance responsabilité civile :  oui  non

Nom de la compagnie : .....

Adresse .....

Activité pratiquée lors de l'accident : .....

Place de la personne en charge de la surveillance au moment de l'accident :  
.....

Que faisait la personne en charge de la surveillance au moment de l'accident ?  
.....

A-t-elle vu l'accident se produire ?  oui  non

Exerçait-elle une surveillance effective ?  oui  non

Pouvait-elle anticiper l'accident ?  oui  non

La victime pratiquait-elle un exercice  autorisé  interdit

Compte-rendu précis des causes et circonstances de l'accident : .....

.....

.....

.....

.....

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

Par qui ? .....

Mesures de premiers secours (soins, appel à la famille, appel d'un service médical d'urgence) : .....

.....

.....

.....

Nature des blessures observables (**joindre obligatoirement le certificat médical initial**) : .....

.....

.....

### RESPONSABILITÉ ÉVENTUELLE D'UN AUTRE ÉLÈVE

L'accident est-il lié à l'**action volontaire** d'un autre élève ?  non  
 oui

Nom et prénom de l'élève responsable : .....

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

Nom et prénom de la personne responsable de l'élève : .....

père  mère  tuteur

personne ayant la charge de l'enfant à la demande des :  père  mère  tuteur  autorité compétente

personne exerçant une autorité de fait sur l'enfant (à défaut des intervenants précédents)

Adresse : .....

Nom de la compagnie d'assurance : ..... N° de police : .....

Adresse : .....

Date de l'accident : ..... Nom de la victime : .....

**RESPONSABILITÉ ÉVENTUELLE D'UNE TIERCE PERSONNE (autre qu'un élève)**

|  |                                     |                                       |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| S'agit-il d'un acte  | <input type="checkbox"/> volontaire | <input type="checkbox"/> involontaire |
| Nom et prénom de la personne responsable : .....                       |                                     |                                       |
| Adresse : .....  |                                     |                                       |
| .....  |                                     |                                       |
| Profession : .....   |                                     |                                       |
| Contrat d'assurance responsabilité civile : ..... n° de police : ..... |                                     |                                       |
| Adresse : .....  |                                     |                                       |

**CROQUIS DES LIEUX** - indiquer la disposition générale des lieux : le lieu de l'accident, la place de la victime, des témoins, de l'auteur éventuel, de la personne en charge de la surveillance (avec une flèche indiquant la direction de son regard). Joindre éventuellement une ou plusieurs photos des lieux.

*Marquer d'une croix le lieu de l'accident*

**RAPPORT DU DIRECTEUR OU DE LA DIRECTRICE DE L'ÉCOLE**

|   |  |  |
|---|--|--|
| Nom et prénom : .....   |  |  |
| L'accident a-t-il entraîné une consultation médicale ou hospitalière ?                |  |  |
| <input type="checkbox"/> non  | <input type="checkbox"/> oui (dans ce cas faire obligatoirement un signalement sur le site BAOBAC :<br><a href="http://ons.education.gouv.fr/bdd.htm">http://ons.education.gouv.fr/bdd.htm</a> ) |  |
| L'accident est-il lié à un état défectueux du mobilier, du local, des installations ? |  |  |
| .....   |  |  |
| .....   |  |  |
| Cet état défectueux a-t-il été signalé ?  |  |  |
| <input type="checkbox"/> oui  | <input type="checkbox"/> non   |  |
| Si oui quand et auprès de qui ? .....   |  |  |
| .....   |  |  |
| Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ?                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> oui  | <input type="checkbox"/> non   |  |
| Si oui joindre le procès-verbal.  |  |  |
| Observations complémentaires : .....  |  |  |
| .....   |  |  |
| .....   |  |  |
| .....   |  |  |
| Date :  | signature :  |  |

Date de l'accident : ..... Nom de la victime : .....

**TÉMOIGNAGES ÉVENTUELS** (un récit de l'accident peut être joint en annexe, un original et un double certifié conforme)

Nom et prénom du témoin : .....

Date de naissance : ..... qualité : .....

Adresse : .....

Que faisaient au moment de l'accident la personne en charge de la surveillance, la victime, les témoins ?

.....  
.....

Où était la personne en charge de la surveillance ? .....

.....

Qu'a-t-elle fait après l'accident ?

.....  
.....

Déposition : .....

.....

.....

Date :

Signature :

Nom et prénom du témoin : .....

Date de naissance : ..... qualité : .....

Adresse : .....

Que faisaient au moment de l'accident la personne en charge de la surveillance, la victime, les témoins ?

.....

.....

Où était la personne en charge de la surveillance ? .....

.....

Qu'a-t-elle fait après l'accident ?

.....

.....

Déposition : .....

.....

.....

Date :

Signature :

**OBSERVATIONS ET VISA DE L'INSPECTEUR DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

Dossier arrivé à la circonscription le : .....

Observations éventuelles : .....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature et cachet de l'IEN