

DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

(Loi n°94-28 du 21 février 1994)

Au moment de remplir cette déclaration, veuillez
 consulter attentivement la notice d'utilisation

IMPORTANT
 Joindre obligatoirement à la
 Déclaration adressée à la CNSS
 le certificat médical initial.

EMPLOYEUR	Numéro d'affiliation à la C.N.S.S	_____
Nom ou Raison Sociale :		
Adresse :		
Code Postal _____ N° Téléphone :		
Nature de l'activité :		

Réservé à
 l'administration

VICTIME	Numéro Matricule à la C.N.S.S	_____
Nom et prénom :		Prénom du père :
Nom de jeune fille :		Nationalité : Sexe :
Date et lieu de naissance : _____ à		N° C.I.N. _____
jour mois année		
Adresse du domicile :		Code Postal _____
Date d'embauche : _____		Qualification professionnelle ⁽¹⁾ : Statut ⁽²⁾ :
jour mois année		
Emploi Habituel ⁽³⁾ :		depuis :
Occupation au moment de l'accident :		depuis :
Adresse du lieu de travail habituel :		
L'accident a-t-il d'autres victimes		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ACCIDENT	Date et heure de l'accident ⁽⁴⁾ Le _____ à _____
jour mois année heure minute	
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de à et de à	
Lieu de l'accident ⁽⁵⁾ :	
Etablissement où s'est produit l'accident : <input type="checkbox"/> Chantier <input type="checkbox"/> Atelier <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Autre :	
Nombre de travailleurs dans l'établissement au moment de l'accident :	
Circonstance détaillées de l'accident ⁽⁶⁾ :	
Agents matériels provoquant l'accident ⁽⁷⁾ : forme de l'accident ⁽⁸⁾ :	
Siège de lésion ⁽⁹⁾ :	
Nature de lésion ⁽¹⁰⁾ :	
Lieu où a été transportée la victime : A quelle heure ?	
Conséquence <input type="checkbox"/> SANS ARRET DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> AVEC ARRET DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> DECES	
En cas d'arrêt de travail :	
Date et heure de l'arrêt de travail _____ à _____	
jour mois année heure minute	
Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si le salaire est maintenu, pour quelle durée ?	
Et à quel montant ? _____ D _____ par (heure, jour, mois ou autre)	

TEMOINS	Nom, Prénoms et adresses :
A-t-il été dressé un P.V par la police ou par la garde nationale ? son numéro	
Date poste	

TIERS	L'accident a-t-il été causé par un tiers ? <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> n
Si oui	{ Nom et adresse du responsable
	{ Société d'assurance

Je soussigné (nom et prénoms) : déclare sur l'honneur, en ma qualité de que les renseignements ci-dessus sont sincères et véridiques.

Remarque : Cette déclaration doit être établie en trois exemplaires et transmise :
 - à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Fait à le
 - au poste de police ou de la garde nationale le plus proche du lieu de travail de la victime. Signature et cachet de l'entreprise
 - à l'inspection du travail territorialement compétente.

AT 001