

DÉCLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE 2nd DEGRÉ

Document à remplir par l'établissement qui doit en conserver un exemplaire et en transmettre un avec le certificat médical initial à la Direction des Services Départementaux de l'Éducation nationale

**DSDEN 92 – Division de la Vie de l'Elève et de la Scolarité – DVESCO - 167, avenue Joliot-Curie –
92013 NANTERRE CEDEX**

☎ 01 71 14 28 48 - Mail : ce.dsden92.bvel@ac-versailles.fr

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement :

N° RNE :

Adresse :

.....

☎

Nom et prénom du chef d'établissement :

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom et prénom de l'élève accidenté :

Date et lieu de naissance :

Classe fréquentée :

INFORMATIONS RELATIVES À 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 : N° de police :

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 (dans ce cas **faire un signalement de fait de violence à la DVE 1**)

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 l'agent chargé de la surveillance (avec une flèche indiquant la direction de son regard). Joindre éventuellement une ou plusieurs photos des lieux.

<i>Marquer d'une croix le lieu de l'accident</i>
--

RAPPORT DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT

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 : http://www.education.gouv.fr/ons rubrique « bases de données et enquêtes »).
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 l'agent responsable de la surveillance ?

Qu'a-t-il fait après l'accident ?

.....

Déposition :

.....

Date : Signature :

OBSERVATIONS DE LA DIRECTION DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Dossier arrivé à la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale le :
.....

Observations éventuelles :

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