



## RAPPORT HIERARCHIQUE ACCIDENT DE SERVICE

### IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'usage :

N° Sécurité Sociale : .. .... / ...

N° CNRACL de l'agent : ..... - ..... - .....

Régime :

Statut :

Grade :

Service :

Fonctions exercées :

Raison sociale de la collectivité :

N° CNRACL de la collectivité : ..... - .....

### ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Lieu de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels de travail :

Circonstances précises et détaillées de l'accident :

### NATURES ET SIEGES DES BLESSURES (*Joindre le certificat médical initial*)

Nature :

Siège :

Latéralité de l'agent (barrer les mentions inutiles) : Droitier    Gaucher    Sans objet

**TEMOINS (Joindre les déclarations des témoins datées et signées)**

OUI ☐ NON ☐

Nom :

Prénom :

**TIERS EN CAUSE**

OUI ☐ NON ☐

Nom :

Prénom :

Si oui, remplir l'enquête tiers en cause dans l'onglet « agent » de la page « invalidité / décès » du dossier e-services.

---

**Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (\*)**

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

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

Signature de l'agent :

Signature et cachet du responsable du service :

*(\*) En cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée*