

Déclaration d'accident du travail

Volet 1 - Victime

* Mentions obligatoires

Attention

Ce formulaire doit être utilisé pour **déclarer un accident du travail** survenu à un membre du personnel de l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La déclaration est composée de 3 volets (1.Victime - 2.École/PO - 3.Prévention). Ce **premier volet** doit être rempli par la victime, son supérieur hiérarchique ou toute autre personne intéressée. La déclaration complète doit être envoyée au Service des accidents du travail de préférence **par mail** à : accidents.travail.enseignement@cfwb.be

Informations sur la victime

Attention : Avant d'introduire votre déclaration d'accident du travail, vérifiez que vos informations personnelles sont à jour sur [Mon Espace](#). Ce sont ces informations qui seront utilisées pour vous contacter (n° de téléphone, adresse mail, etc.).

N° de registre national * : — Indiquez le n° BIS si la victime n'est pas résidente belge.

NOM * : Prénom*:

N° FASE et nom de l'école / PO dont dépend la victime au moment de l'accident * :

Informations sur l'accident

Cette rubrique est destinée à détailler les circonstances de l'accident.

Date de l'accident * Indiquez la date et l'heure de l'accident.

Date : Heure : Si vous ne connaissez pas l'heure précise, indiquez l'heure estimée.

Lieu de l'accident * Cochez une seule case.

À l'école

Sur la voie publique S'agit-il d'un accident de la circulation ? Oui Non

Sur un chantier

N° du chantier (si connu) : Code postal :

Autre Précisez :

Adresse de l'accident

Complétez cette rubrique si vous avez coché «Sur la voie publique» ou «Autre» comme lieu d'accident ci-dessus.

Rue : N° :

Code postal : Commune : Pays :

Nature de l'accident

Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? *

OUI NON Si non, précisez l'occupation que la victime exerçait au moment de l'accident :

Quelle est la nature de l'accident ? * Cochez une seule case

Accident du travail

Accident sur le chemin du travail

Accident survenu en dehors des fonctions causé par un tiers présumé responsable

Circonstances de l'accident *

Type de lieu * (environnement)

Où se trouvait la victime quand l'accident s'est produit ?

Exemples : en classe, dans la cour de récréation, dans la salle des professeurs, sur le parking, dans un magasin ...

Activité générale * (type de travail)

Quelle tâche la victime était-elle en train d'effectuer au moment de l'accident ?

Exemples : surveillance, en formation, travail de bureau, nettoyage, donne cours ...

Activité spécifique *

Quelle activité spécifique la victime était-elle en train d'effectuer au moment de l'accident ? S'il y en a, précisez également les objets impliqués.

Exemples d'activité spécifique : monter un escalier, ranger sa classe, gestion de la sortie d'école, montrer un exercice ...

Exemples d'objet : matériel de laboratoire, matériel sportif, instrument, matériel de bureau, balais, machine ...

Évènement soudain * Quel évènement a déclenché l'accident ?

Précisez les faits et les objets impliqués s'ils ont joué un rôle dans l'accident.

Exemples : glissade sur sol mouillé, chute due à un sol inégal, faux-mouvement, agression verbale, agression physique avec un couteau, explosion, chute ou effondrement d'un objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ...

Lésion *

Comment la victime a-t-elle été blessée ?

Précisez, par ordre d'importance, les éléments qui ont provoqué la/les blessures (physiques ou psychiques)

Exemples : contact avec des substances dangereuses, écrasement par ou contre un objet, morsure causée par un animal, choc mental, contact avec un objet coupant, contact avec un courant électrique / une source de chaleur ...

Intervenants externes

Cette rubrique est destinée à détailler les intervenants qui ont joué un rôle éventuel dans l'accident.

Témoins *

Des témoins ont-ils vu l'accident ?

NON

OUI

Si oui, précisez le nombre de témoins :

Vous pouvez joindre les témoignages directement à la déclaration en utilisant le modèle disponible sur : enseignement.be/accitrav. Si vous ne pouvez pas les joindre à la déclaration, ils vous seront éventuellement demandés plus tard au cours de la procédure.

Premiers soins *

Des premiers soins ont-ils été donnés ? *

OUI NON

Si oui, précisez la date et l'heure auxquelles les premiers soins ont été donnés :

Date : Le

Heure :

Merci de préciser également qui a donné les premiers soins (cochez une seule case) :

Personnel de l'hôpital Nom et ville de l'hôpital :**Médecin** NOM et prénom du médecin :

Rue :

N° :

Bte :

Code postal :

Commune :

Pays :

Autre Précisez :

NOM :

Prénom :

Fonction : (exemple : infirmière de l'école)

Procès-verbal *

Un procès-verbal de police de l'accident a-t-il été dressé ?

NON OUI Si oui, vous pouvez le joindre en annexe.

Tiers présumé responsable *

Y a-t-il des tiers présumés responsables de l'accident ?

NON OUI Si oui, des informations vous seront éventuellement demandées au cours de la procédure.

Conflit

Êtes-vous en situation de conflit avec votre hiérarchie ? *

NON OUI Si oui, précisez brièvement la nature de ce conflit :

*En cas de situation de conflit avec votre hiérarchie, vous pouvez nous transmettre directement votre déclaration d'accident de travail sans la faire transiter par cette dernière. Nous nous chargerons de collecter auprès d'elle les informations relatives aux autres volets.***Annexes****Certificat médical «Modèle B»****Attention :** En cas d'absence de plus d'un jour liée à l'accident du travail, vous devez **impérativement** joindre à votre déclaration le certificat médical « Modèle B » complété, cacheté et signé par un médecin.**Témoignage(s)** Merci d'utiliser le modèle disponible sur enseignement.be/accitrav**PV de police ou constat d'accident****Preuve(s) de l'accident** Exemples : photos, captures d'écran, échanges de mails ...**Signature**

Le déclarant (NOM et prénom) *:

Date * : Le

Signature * :

Si vous n'êtes pas la victime de l'accident, merci de préciser votre lien avec elle :