

Déclaration d'accident du travail

Volet 2 - École/PO

* 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 **deuxième volet** doit être rempli par le supérieur hiérarchique de la victime ou son délégué. 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

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

NOM * : Prénom * :

Informations sur l'école / PO

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

Nombre total de membres du personnel (ETP) dans l'école / PO à la fin du mois précédent* :

Si nécessaire, précisez les données de contact de la personne en charge du dossier :

Cette personne sera notifiée du suivi du dossier par mail.

NOM : Prénom :

Mail : Téléphone :

Fonction exercée au sein de l'école / PO :

Emploi

Attention : Avant d'introduire la déclaration d'accident du travail, vérifiez qu'une DIMONA est bien active aux dates correctes pour le membre du personnel pour l'établissement concerné dans l'application DDRS. Si vous avez des questions concernant cette application, vous pouvez contacter la cellule DDRS : http://www.enseignement.be/index.php?page=26545&se_id=2768.

Nature de l'emploi * Cochez une seule case.

Temps plein

Temps partiel

Catégorie professionnelle

Quelle était la situation administrative de la victime au moment des faits ? * Cochez une seule case.

MDP définitif

ACS / APE / PART-APE

Personnel ouvrier définitif

MDP temporaire

Personnel administratif définitif

Personnel ouvrier temporaire

Stagiaire (WBE)

Personnel administratif temporaire

Autre Précisez :

Fonction exercée

Code CITP * : Description de la fonction * :

Durée d'exercice de la fonction * : Cochez une seule case.

Moins d'une semaine

D'une semaine à un mois

D'un mois à un an

Plus d'un an

Circonstances de l'accident

En cas d'accident grave, l'école ou le PO avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Poste de travail

Au moment de l'accident, à quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? *

Habituel

Lieu de travail occasionnel / mobile ou en route pour le compte de l'école / PO

Autre

Détachement

Au moment de l'accident, la victime était-elle en détachement ? *

NON

OUI

Si oui, précisez de quel type de détachement il s'agit :

Merci également de joindre l'arrêté de mission ou un document officiel attestant du détachement.

Horaire de la victime

Quel était l'horaire de la victime le jour de l'accident ? *

Matin : de à

Après-midi : de à

Date des faits

Date de l'accident* : Le

Remarques

Si l'accident s'est produit dans des circonstances particulières, merci de les préciser brièvement :

Doute

Avez-vous des doutes sur la réalité de l'accident ?

NON

OUI

Si oui, précisez brièvement :

Annexes

Témoignage(s) d'élèves mineurs

Document attestant du détachement

Signature

Le directeur de l'école ou son délégué (NOM et prénom) * :

Date* : Le

Signature* :

Si vous n'êtes pas le directeur de l'école, précisez votre fonction :