

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 **troisième volet** doit être rempli par le conseiller en prévention (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 * :

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

Occupation de la victime

Activité de l'établissement

Quelle est l'activité de l'établissement dont dépend la victime au moment de l'accident ? *

Exemples : enseignement, orientation scolaire ...

Occupation

Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de ses fonctions habituelles ? *

OUI

NON

Si non, précisez l'occupation exercée :

Circonstances de l'accident

Pour vous aider à compléter les rubriques suivantes, consultez le guide d'aide au remplissage de la déclaration d'accident du travail, disponible sur enseignement.be/accitrav.

Date de l'accident

L'accident est survenu le *

Type de travail

Code * : Exemple : «42»

Description * : Exemples : «enseignement», «éducation», «comptabilité» ...

Dernière déviation qui a conduit à l'accident

Code * : Exemple : «50»

Description * : Exemple : «chute sur pavé glissant»

Mesures de prévention

Des mesures de prévention ont-elles été prises / sont-elles à prendre pour prévenir de semblables accidents? *

NON

OUI

Si oui, lesquelles ?

Mesure n°1

Code : Exemple : «33»

Description : Exemple : «revoir le revêtement du sol»

Mesure n°2

Code :

Description :

Mesure n°3

Code :

Description :

Mesure n°4

Code :

Description :

Signature

Le conseiller en prévention ou son délégué (NOM et prénom) * :

Date * : Le

Signature * :

Si vous n'êtes pas le conseiller en prévention, merci de préciser votre fonction :