

Enregistrement DSDEN le

DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE PREMIER OU SECOND DEGRÉ

Référence : circulaire n°2009-154 du 27 octobre 2009 relative à l'information des parents lors des accidents scolaires
(BOEN n°43 du 19/11/2009)

☐ EPS

☐ HORS EPS

IDENTIFICATION DE L'ECOLE / EPLE :

Nom de l'école / EPLE :

Adresse :

Tél :

Nom et prénom du directeur / chef d'établissement :

Pour les écoles, précisez la circonscription : B1☐ B2☐ B3☐ B4☐ ASH☐ B7☐ B8☐
 M1☐ M2☐ M3☐ M4☐ Morteau☐ Pontarlier☐

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Nom et prénom de l'élève..... Garçon ☐ Fille ☐

Né(e) le : Classe :

L'élève est-il couvert par une assurance individuelle accident : OUI ☐ NON ☐

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

Personne exerçant l'autorité parentale :

M. ☐ Mme ☐ Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : Courriel :@.....

Profession :

Affiliation à un régime d'assurance sociale : OUI ☐ NON ☐

Régime d'assurance sociale :

Numéro d'assuré social :

Imprimé à utiliser pour les accidents survenus :

- *Au cours des activités scolaires ou des activités et sportives prévues dans les programmes officiels.*
- *En-dehors de la scolarité, au cours d'activités relevant du ministère de l'éducation nationale, à des enfants confiés à un membre de l'enseignement public et sous la surveillance de ce dernier.*

DOMMAGE(S) CORPOREL(S) :

Localisation et nature :

.....

.....

Nom et adresse du médecin qui a procédé à l'examen de l'élève :

.....

.....

Fournir un certificat médical indiquant avec précision le(s) dommage(s) corporel(s) constaté(s)

Coller ici le certificat médical

RAPPORT DE L'AGENT RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE

Nom, prénom et qualité de l'agent :

.....

L'agent est-il assuré en responsabilité civile ? OUI ☐ NON ☐

Auprès de quelle compagnie d'assurance ?

.....

Jour et heure de l'accident (préciser à quel moment du cours) :

Lieu précis de l'accident :

.....

Place de l'agent au moment de l'accident :

.....

.....

Que faisait l'agent au moment de l'accident ?

.....

.....

L'agent exerçait-il une surveillance effective ?

.....

.....

L'agent a-t-il vu l'accident se produire ? Pouvait-il l'anticiper ?

.....

.....

Quelle était l'organisation du cours (classe entière, ateliers...) ?

.....

.....

Le cas échéant, préciser, quelles ont été les consignes et les mesures de sécurité prises :

.....

.....

La victime pratiquait-elle un exercice / une activité autorisée(e) ou interdit(e) ?

.....

.....

L'accident est-il imputable à un élément matériel défectueux (terrain, local, installation, matériel) ? Le cas échéant, en préciser le propriétaire :

.....
.....

L'accident a-t-il été causé par un autre élève ? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative :

Nom, prénom :

Adresse :

.....

Est-il couvert par une assurance responsabilité civile ? OUI ☐ NON ☐

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....

.....

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative :

Nom, prénom :

Adresse :

.....

Profession :

Est-il couvert par une assurance responsabilité civile ? OUI ☐ NON ☐

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....

.....

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? OUI ☐ NON ☐

En indiquer le contenu :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MESURES PRISES APRES L'ACCIDENT :

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? Par qui ?

.....

Où a-t-elle été conduite ? Par qui ?

.....

La famille a-t-elle été prévenue ? OUI ☐ NON ☐

Par qui ?

COMPTE RENDU précisant les causes et les circonstances de l'accident

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CROQUIS indiquant :

- la disposition générale des lieux,
- le lieu de l'accident,
- la place de l'agent chargé de la surveillance (**avec une flèche indiquant la direction de son regard**), de la victime et éventuellement des témoins et de l'auteur de l'accident.

Fait à

le.....

Signature de l'agent auteur du rapport :

TEMOIGNAGES

Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire à l'exception de l'agent chargé de la surveillance. Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes. Les dépositions doivent comporter au moins les précisions suivantes :

- Jour, heure et lieu de l'accident
- Que faisaient au moment de l'accident l'agent, la victime, les témoins ?
- Où était l'agent responsable de la surveillance ?
- Qu'a-t-il fait après l'accident ?

Témoin n°1 :

Nom, prénom :

Age (uniquement pour un élève) :

Qualité :

Adresse :

Déposition :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le..... Signature

TEMOIN N°2 :

Nom, prénom :

Age (uniquement pour un élève) :

Qualité :

Adresse :

Déposition :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le..... Signature

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par la DSDEN du DOUBS afin de répondre à une mission d'intérêt public. Ces données ne sont pas conservées au-delà d'un an. Les informations vous concernant ne sont transmises qu'aux seules personnes en charge du traitement de la présente autorisation.
 Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.
 Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter la DSDEN du DOUBS à l'adresse électronique suivante : ce.dsden25@ac-besancon.fr ou le délégué à la protection des données à l'adresse électronique suivante : dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07

CONCLUSIONS DU DIRECTEUR D'ECOLE / CHEF D'ETABLISSEMENT

Faire apparaître nettement en conclusion si la responsabilité de l'agent en charge de la surveillance semble engagée ou non.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le..... Signature du directeur d'école / chef d'établissement

CONCLUSIONS DE L'IEN POUR LES ACCIDENTS RELEVANT DU PREMIER DEGRE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le..... Signature de l'IEN

Date de retour du présent rapport à l'établissement scolaire :

NB : une copie est conservée à la DSDEN du Doubs

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par la DSDEN du DOUBS afin de répondre à une mission d'intérêt public. Ces données ne sont pas conservées au-delà d'un an. Les informations vous concernant ne sont transmises qu'aux seules personnes en charge du traitement de la présente autorisation.

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter la DSDEN du DOUBS à l'adresse électronique suivante : ce.dsden25@ac-besancon.fr ou le délégué à la protection des données à l'adresse électronique suivante : dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07

