



Déclaration d'accident de service

Personnels expatriés ou résidents

à adresser par la voie hiérarchique à l'adresse suivante :

Agence pour l'enseignement français à l'étranger
bureau de gestion des personnels
1, allée Baco - BP 21509 - 44015 NANTES CEDEX 1
☎ 33 (0)2 51 77 29 10 - télécopie : 33 (0)2 51 77 29 05
accidentdeservice.aefe@diplomatie.gouv.fr

L'Agence doit être saisie de tous témoignages, rapports et constatations propres à éclairer son avis. Tout dossier incomplet est transmis en retour par la voie hiérarchique aux fins de rassembler les informations nécessaires à l'examen de la déclaration.

Tous les documents ou justificatifs produits en langue étrangère sont obligatoirement accompagnés de leur traduction.

DATE DE L'ACCIDENT : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/>	Accident sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>	Accident de trajet	<input type="checkbox"/>	Accident en mission
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Mme Mlle M.

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Date de naissance : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Matricule AEFÉ : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

STATUT ET CATÉGORIE DE L'AGENT DANS L'ADMINISTRATION D'ORIGINE :

titulaire A B C

CORPS ET GRADE D'APPARTENANCE (en toutes lettres)

.....

DISCIPLINE/ FONCTION :

ADRESSES

Adresse personnelle à l'étranger

Adresse en France (le cas échéant)

.....

.....

.....

Code postal |_|_|_|_|_|

Pays..... Ville

Téléphones professionnel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| personnel (facultatif) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

mobile (facultatif) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique professionnelle :@.....

Adresse électronique personnelle :@.....

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire compléter ci-après ou joindre l'**attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé, le jour même**, en indiquant ses coordonnées :

.....

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature

L'agent a-t'il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? OUI NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Affectation lors de la survenue de l'accident ou de la maladie professionnelle			

Je soussigné(e), (prénom et nom) sollicite le bénéfice des dispositions de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État (article 34-2°, alinéa 2),

Fait à, le |__|__|__|__|__|__|

Signature de l'agent

Je soussigné(e), (prénom et nom) déclare l'exactitude des mentions portées sur la présente déclaration d'accident de service et des documents l'accompagnant (y compris leur traduction).

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Fait à, le |__|__|__|__|__|__|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique