

DÉCLARATION D’ACCIDENT SCOLAIRE

*Référence : circulaire n°2009-154 du 27 octobre 2009 (BO n°43 du 19/11/2009)*

🡺 **Pour le 1er degré :**

**Copie à transmettre dans les 48h *(en un seul document format PDF)* à l’IEN de Circonscription.**

La Circonscription adressera la déclaration **visée par l’IEN** à la DSDEN du Gard - Service Vie des Elèves, sur le mail suivant :***ce.dsden30-bv2e@ac-montpellier.fr***

**🡺** **Pour le 2nd degré**:

Copie à transmettre dans les 48h *(en un seul document format PDF*) à la DSDEN du Gard – Service Vie des Elèves, en privilégiant l’envoi sur le mail suivant : ***ce.dsden30-bv2e@ac-montpellier.fr***

**Date de l’accident** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Heure **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Lieu :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  **1er degré**

[ ]  **2nd degré** 🡺 [ ]  **Vie scolaire** [ ]  **EPS**

(cocher les cases utiles)

**Coordonnées de l’école / établissement scolaire**

**NOM** de l’Ecole / Etablissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **COMMUNE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**RNE** : **030**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Pour les écoles => Circonscription :** Choisissez un élément.

**1 - Renseignement concernant la victime**

**NOM et prénom de l’élève :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Garçon [ ]  Fille [ ]

**Né(e) le** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Niveau de** **classe** : Choisissez un élément.

L’élève est-il couvert par une assurance individuelle : OUI [ ]  NON [ ]

Raison sociale et adresse de la compagnie d’assurance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Description du dommage corporel** *(localisation et nature, NOM et adresse du médecin qui a examiné l’élève)*

**=>*****joindre le certificat médical*** *indiquant avec précision le(s) dommage(s) corporel(s) constaté(s)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Personne 1 exerçant l’autorité parentale** :

NOM et Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal :l Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Commune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Profession : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Affiliation à un régime d’assurance sociale : OUI [ ]  NON [ ]

Régime d’assurance sociale (général, fonctionnaire, mutualité agricole…) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro d’assure social : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Personne 2 exerçant l’autorité parentale** :

NOM et Prénom :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Commune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Profession Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Affiliation à un régime d’assurance sociale : OUI [ ]  NON [ ]

Régime d’assurance sociale (général, fonctionnaire, mutualité agricole…) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Numéro d’assure social : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**2 - Rapport de l’agent responsable de la surveillance (enseignant ou autre personnel)**

NOM, prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Fonction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
L’agent est-il assuré en responsabilité civile ? OUI [ ]  NON [ ]

Nom de la compagnie d’assurance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Circonstances de l’accident** :

Moment (*entrée, sortie, classe, récréation, trajet, etc.*) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Où se trouvait l’agent au moment de l’accident ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L’agent a-t-il vu l’accident se produire ? OUI [ ]  NON [ ]

L’agent exerçait-il une surveillance effective ? OUI [ ]  NON [ ]
Si non, que faisait l’agent au moment de l’accident : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L’exercice pratiqué par la victime était : Choisissez un élément.

L’accident est-il imputable à un élément matériel défectueux (terrain, local, installation, matériel) ? OUI [ ]  NON [ ]
Le cas échéant, en préciser le propriétaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L’accident a-t-il été causé : Par un autre élève ? OUI [ ]  NON [ ]

 Par un tiers ? OUI[ ]  NON [ ]

 ***Si OUI, compléter la page 5, relative à l’auteur de l’accident***

Un rapport de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? OUI [ ]  NON [ ]

Si OUI, indiquer le contenu : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ?  OUI [ ]  NON [ ]  et par qui :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Où a-t-elle été conduite, et par qui ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La famille a-t-elle était prévenue ? OUI [ ]  NON [ ]  et par qui : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Compte-rendu de l’agent/enseignant indiquant avec précision les causes et les circonstances de l’accident :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Croquis de l’accident (A COMPLETER APRES IMPRESSION)** :

***→ Faire un croquis*** *permettant de déterminer la configuration des lieux, l’endroit exact de l’accident ; la place de ou des personnes chargée(s)de la surveillance (avec une flèche indiquant la direction de son regard), de la victime, des témoins et éventuellement de l’auteur de l’accident. (Joindre éventuellement une ou plusieurs photographies des lieux)*

**3 - Les témoins**

*Peut-être témoin quiconque qui a vu l’accident se produire, à l’exception de l’agent / enseignant chargé de la surveillance.*

***Si témoin, compléter la page 6.***

*Déposition de chaque témoin à joindre à la déclaration d’accident, la déposition devant être rédigée, écrite et signée par le témoin lui-même*

 => elle devra contenir le NOM Prénom, et l’âge (s’il est élève) ainsi que l’adresse du ou des témoins :

***Attention,*** ***si le dossier est communiqué à la famille de l’élève victime, cette page ne devra pas être transmise.***

**Observations éventuelles du chef d’établissement ou directeur d’école, auteur du rapport ci-dessus**

(*à joindre sur papier libre le cas échéant*) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature impérative** du directeur d’école, ou du chef d’établissement :

|  |
| --- |
|  |

**Visa impératif** de l’IEN pour les écoles :

|  |
| --- |
|  |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’AUTEUR**

**Accident scolaire du :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Elève victime,** NOM et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Elève auteur**, NOM et Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Garçon [ ]  Fille [ ]

Classe fréquentée /ou profession : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

École ou établissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L’élève est-il couvert par une assurance individuelle ? OUI [ ]  NON [ ]

Raison sociale et adresse de la compagnie d’assurance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***Responsable légal (si élève) :***

NOM et prénom :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Code postal et Commune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Profession :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Affiliation à un régime d’assurance sociale : OUI [ ]  NON [ ]

Régime d’assurance sociale (général, fonctionnaire, mutualité agricole…) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro d’assure social : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

===============================

***ATTENTION :***

*Ces informations ne sont à communiquer au responsable légal de la victime qu’avec l’accord écrit du responsable légal de l’auteur de l’accident.*

**ACCORD ECRIT**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur ……………………………………………… ……………….………….……responsable légal de

.………………………………………………………………………………., **autorise / n’autorise pas** \* le directeur de l’école / le chef

d’établissement, à communiquer l’ensemble des informations ci-dessus au responsable légal de la victime.

Fait à ……………………………………..……, le……../……./20…………

\*rayer la mention inutile Signature :

**TEMOIGNAGES**

**NB : si le dossier est communiqué à la famille de l’élève victime, cette page ne devra pas être transmise.**

*Peut-être témoin quiconque qui a vu l’accident se produire, à l’exception de l’agent/enseignant chargé de la surveillance.*

*Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes.*

*Ils doivent contenir au moins, les précisions suivantes :*

* *Jour, heure, et lieu de l’accident*
* *Au moment de l’accident, que faisaient l’enseignant, la victime, les témoins ?*
* *Où était l’agent/enseignant responsable de la surveillance ?*
* *Qu’a-t-il fait après l’accident ?*

Témoin 1 :

NOM et prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Né(e) le : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………….……..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Déposition :…………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Signature :

Témoin 2 :

NOM et prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………

Né(e) le : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………….…..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

Déposition :………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Signature :