

DECLARATION D’ACCIDENT SCOLAIRE

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement |  |
| Adresse |  |
| Ville |  |

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME |
| Nom et prénom de l’élève |  | Sexe | [ ]  Garçon [ ]  Fille |
| Date de naissance |  | Classe |  |
| L’élève est-il couvert par une assurance individuelle ?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Raison sociale et adresse de la compagnie d’assurance |  |

|  |
| --- |
| PERSONNES DISPOSANT DE L’AUTORITE PARENTALE |
| Nom père |  |  | Nom mère |  |
| Adresse |  |  | Adresse |  |
| Code postal |  |  | Code postal |  |
| Commune |  |  | Commune |  |
| Profession |  |  | Profession |  |
| Affiliation à un régime d’assurance sociale | [ ]  Oui [ ]  Non |  | Affiliation à un régime d’assurance sociale | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Régime d’assurance sociale |  |  | Régime d’assurance sociale |  |
| N° assuré social |  |  | N° assuré social |  |

|  |
| --- |
| ANALYSE SUCCINTE DE L’ACCIDENT |
| Date et heure |  | Lieu |  |
| Résumé des circonstances |  |
| DOMMAGE(S) CORPOREL(S) |
| Localisation et nature |  |
| Nom et adresse du médecin ayant procédé à l’examen |  |

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 autorisé ou interdit ?  |
|  |

|  |
| --- |
| 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 |
| Nom, prénom |  |
| Age |  |
| Classe |  |
| Adresse |  |
| Est-il couvert par une assurance responsabilité civile ?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Raison sociale et adresse de la compagnie d’assurance |  |

|  |  |
| --- | --- |
| L’accident a-t-il été causé par un tiers ?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Nom, prénom |  |
| Adresse |  |
| Profession |  |
| Est-il couvert par une assurance responsabilité civile ?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Raison sociale et adresse de la compagnie d’assurance |  |

|  |
| --- |
| Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? Si oui, indiquez le contenu |
|  |

|  |
| --- |
| MESURES PRISES APRES L’ACCIDENT |
| La victime a-t-elle été soignée immédiatement ? Par qui ?  |
|  |

|  |
| --- |
| Ou a-t-elle été conduite ? Par qui ?  |
|  |

|  |
| --- |
| La famille a-t-elle été prévenue ? Si oui, par qui ? |
|  |

|  |
| --- |
| Compte-rendu précisant les causes et les circonstances de l’accident |
|  |

CROQUIS indiquant :

* La disposition générale des lieux (préciser l’échelle).
* Le lieu de l’accident.
* La place de l’agent (avec une flèche indiquant la direction de son regard), de la victime, des témoins et éventuellement de l’auteur de l’accident.
* Coller éventuellement une ou plusieurs photographies des lieux.

|  |
| --- |
|                              |

Fait à ……………, le ………………….

Signature

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 ?

|  |
| --- |
| 1er TEMOIN  |
| Nom, prénom |  | Age (si élève) |  |
| Adresse |  |
| Déposition |  |

|  |
| --- |
| 2e TEMOIN  |
| Nom, prénom |  | Age (si élève) |  |
| Adresse |  |
| Déposition |  |

# CONCLUSIONS

|  |
| --- |
| **PREMIER DEGRE** |
| Avis du directeur |  |
|  | Fait à |  | le |  | Signature |  |
| Avis de l’Inspecteur de circonscription |  |
|  | Fait à |  | le |  | Signature |  |

|  |
| --- |
| **SECOND DEGRE** |
| Avis du chef d’établissement |  |
|  | Fait à |  | le |  | Signature |  |