



Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de l'Yonne

Cachet établissement :

N° établissement : 089

## DÉCLARATION D'ACCIDENTS SCOLAIRES – ÉLÈVES 2<sup>nd</sup> degré

Cette déclaration établie en deux exemplaires (un original et un double certifié conforme conservé par l'établissement) doit être envoyée par le chef d'établissement ou le président du jury dans les 48 heures à monsieur le directeur académique chargé d'effectuer la contre-enquête.

Pour la communication du rapport d'accident aux familles de l'élève autour ou victime, se référer à la circulaire ministérielle n°2009-154 du 27/10/2009 et B.O. n°43 DU 19/11/2009 « Accident Scolaire ».

Le rapport d'accident ne peut être transmis aux familles sous réserve d'occulter les mentions mettant en cause des tiers, notamment l'identité des témoins, ainsi que celles couverts par le secret de la vie privée (noms, adresses, coordonnées d'assurance) il est nécessaire de les désigner par Victime 1, Victime 2, Auteur 1, Auteur 2, Tiers 1, Témoin 1. Conformément aux dispositions du point II de la l'article 6 de la loi n°78-753 du 17 juillet 2009 (circulaire n° 2009-154 du 27 octobre 2009 BO n°43 du 15 novembre 2009)

### IDENTITE DE LA VICTIME

**NOM :**  
**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**  
**CLASSE :**

**Date, heure et lieu (salle de cours, cour, gymnase, etc) de l'accident :**  
**A quel moment ? :**

Nom, prénom et adresse des parents ou du responsable légal :.....  
.....  
.....

Profession des parents ou du responsable légal :

- père : .....
- mère : .....

Assurance de l'élève (numéro, raison sociale et adresse de la compagnie) : .....

Les parents ou responsables légaux ont-ils un régime d'assurance sociale ?  OUI  NON

**Dommages corporels constatés**  OUI  NON

**Accidents pendant le temps d'enseignement** (temps de classe, accompagnement éducatif)  OUI  NON

**Accidents pendant le temps hors enseignement** (temps de restauration, récréation, internat...)  OUI  NON

**Accident pendant un déplacement hors établissement** (sorties scolaires, stages...)  OUI  NON

**Résumé succinct précisant les causes et circonstances de l'accident :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RENSEIGNEMENTS SUR LA BLESSURE**

**Un accident ne doit être signalé que s'il entraîne **au minimum une consultation médicale ou hospitalière**. Joindre un certificat médical à la présente déclaration indiquant avec précision le dommage corporel constaté (localisation et nature) :**

Nom et adresse du médecin qui a examiné l'élève :

**À coller sur cet emplacement**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME DE L'ACCIDENT**

La victime a-t-elle été soignée immédiatement ?  OUI  NON Si oui, par qui ? .....

Parents de l'élève victime prévenus  OUI  NON Si oui, par qui ? .....

L'accident est-il lié à des problèmes d'installations sportives ou de matériel utilisé ?  OUI  NON

Procès-verbal gendarmerie  OUI  NON

La victime pratiquait-elle un exercice autorisé ou interdit ?

**RAPPORT DE L'AGENT DE SERVICE**

**1. L'agent responsable de l'activité**

NOM et qualité l'agent chargé de la surveillance : .....

Où se trouvait l'agent ? .....

Que faisait-il au moment de l'accident ? .....

L'agent a-t-il vu l'accident se produire ?  OUI  NON

L'agent est-il assuré en responsabilité civile ?  OUI  NON Si oui, auprès de quelle compagnie ?.....

L'agent exerçait-il, au moment de l'accident, une surveillance effective ?  OUI  NON

Pouvait-il anticiper l'accident ?  OUI  NON

**2. Les circonstances**

L'accident a-t-il été causé par un autre élève ou par un tiers ? (Nom, adresse, profession du tiers) .....

L'auteur du dommage est-il assuré en responsabilité civile ? (Nom et adresse de la compagnie d'assurances). .....

**SYNTHESE DE LA PRISE EN CHARGE**

**Croquis à dresser ci-après indiquant** la disposition générale des lieux (préciser l'échelle) , le lieu de l'accident; la place du professeur, de la victime, de l'auteur éventuel de l'accident, des témoins. (Joindre éventuellement une ou plusieurs photographies des lieux.)

Fait à

, le

Signature du professeur de service, auteur du rapport ci-dessus

## TEMOIGNAGES

Peut être témoin quiconque a vu l'accident se produire, à l'exception du professeur chargé de la surveillance. Les témoignages doivent être rédigés, écrits et signés par les témoins eux-mêmes (1). En l'absence de témoin, l'auteur des faits peut apporter son témoignage. Les dépositions doivent contenir au moins les précisions suivantes :

- jour, heure, lieu de l'accident;
- que faisaient au moment de l'accident le professeur, la victime, les témoins ?
- où était l'agent responsable de la surveillance ?
- qu'a-t-il fait après l'accident ?

<b>1<sup>er</sup> témoin</b> : NOM :	PRENOM(S):	(s'il est élève) Âge :
Adresse :		
<b><u>Déposition :</u></b>		
		Signature :

<b>2<sup>ème</sup> témoin</b> : NOM :	PRENOM(S):	(s'il est élève) Âge :
Adresse :		
<b><u>Déposition :</u></b>		
		Signature :

<b>Autre témoignage (ex : auteur, etc ) :</b>
Signature :

(1) Plusieurs témoignages identiques dans les termes sont nécessairement suspects et de faible valeur.

**CONCLUSIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT  
OU DU PRESIDENT DU JURY**

*\* L'envoi de cette déclaration d'accident aux services académiques ne dispense pas le chef d'établissement de la déclaration éventuelle de l'accident, à la CPAM dont relève l'établissement, sur l'imprimé réglementaire et dans les délais légaux, lorsqu'il s'agit d'élèves ou étudiants relevant de la législation des accidents du travail (art. L. 412-8-2° du Code de la Sécurité Sociale, cf. note de service n° 86-017 du 9 janvier 1986, BOEN n° 5 du 6 février 1986; RLR 563-0).*

**(Préciser clairement si la responsabilité de l'enseignant est engagée ou non)**

*Remplir l'une des cases ci-dessous :*

**EXEMPLAIRE ORIGINAL**

Fait à .....

Le.....

Le Chef d'établissement ou le Président  
du jury,

**DOUBLE CERTIFIÉ CONFORME À  
L'ORIGINAL**

Fait à .....

Le.....

Le Chef d'établissement ou le Président  
du jury,

**CONCLUSION DU DIRECTEUR ACADEMIQUE DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION  
NATIONALE DE L'YONNE**

À ....., le

**L'inspecteur d'académie, directeur académique des  
services départementaux de l'éducation nationale de  
l'Yonne**

**Jean Baptiste LEPETZ**

**Observations éventuelles du Recteur :**