



### DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

**A adresser dans les 24 heures** : à M. le Directeur Général de l'Éducation et des Enseignements,  
Bureau des Ressources Humaines – BP 20 673 – 98 713 Papeete (Fax : 40 42 40 39 ou 40 47 05 90).  
Passé ce délai, l'accident sera réputé non imputable au service et aucune prise en charge des frais médicaux ne pourra être attribuée.

#### VICTIME

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F M (1)

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Corps et grade : .....

Fonction : .....

Service employeur : .....

#### ACCIDENT

Date : ..... Heure : .....

(préciser le jour de la semaine)

(de 0h à 24h)

Horaire de service le jour de l'accident : de ..... h à ..... h (le matin)

de ..... h à ..... h (l'après midi)

autre : .....

Lieu de l'accident : .....

Nature des lésions : .....

Siège des Lésions : .....

(préciser côté droit ou gauche)

Élément matériel : .....

Circonstances détaillées de l'accident : .....

Lieu où a été transportée la victime : .....

Suite de l'accident (1) : Arrêt de travail supérieur à 24h      Sans arrêt de travail      Décès immédiat

Si accident causé par un tiers : Nom, prénom, adresse et compagnie d'assurance du tiers : .....

#### TEMOINS

Nom : 1/ ..... Prénom : ..... Adresse : .....

Nom : 2/ ..... Prénom : ..... Adresse : .....

Signature des témoins : 1/ ..... 2/ .....

Un rapport de police a-t-il été établi ? OUI – NON (1) Si oui, par qui ? .....

#### PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

(1) rayer les mentions inutiles

Fait à ..... le .....  
(signature du Directeur Général de l'Éducation et des Enseignements)

Réserves éventuelles sur l'imputabilité au service :  
[Empty box for notes]



**ACCIDENT DE SERVICE**

**- CERTIFICAT MEDICAL INITIAL OU DE PROLONGATION -**

- Initial
- Prolongation

Je, soussigné, Docteur en médecine .....  
(Nom, prénom, adresse)

après avoir examiné .....  
(Nom, prénom de la victime)

âge : ..... demeurant à : .....

Lequel (1) (- s'est présenté muni d'une feuille d'accident délivrée par M. le Chef de service  
de .....  
(- m'a déclaré avoir été victime d'un accident du travail au service de  
.....)

Date de l'accident : .....

Ai constaté et certifie ce qui suit :

a) Sièges de la blessure: .....

b) Nature des lésions .....

**Conséquences et suites éventuelles : (1)**

- a) Doit (1) - arrêter le travail pendant ..... jours  
- observer le repos au lit pendant ..... jours  
- garder la chambre pendant ..... jours  
- heures de sorties autorisées de ..... heures à ..... heures
- b) Doit prolonger pendant ..... jours l'arrêt de travail prescrit par le certificat du .....
- c) Peut continuer le travail avec soins pendant ..... jours
- d) Il y a – n'y a pas (1) lieu de prévoir une incapacité permanente.

Fait à ..... le .....  
(signature et cachet du médecin)

(1) Rayer les mentions inutiles



**ACCIDENT DE SERVICE**

**CERTIFICAT MEDICAL FINAL DESCRIPTIF  
(de guérison ou de consolidation)**

Je, soussigné, Docteur en médecine .....  
(Nom, prénom, adresse)

après avoir examiné .....  
(Nom, prénom de la victime)

demeurant à .....

victime d'un accident de service le .....

au service de .....

ai constaté et certifie ce qui suit : .....

.....

.....

.....

peut reprendre le travail le .....

(1) - sans autres soins

- avec soins encore pendant ..... jours

a repris le travail le .....

Date de guérison : .....

La blessure : (1)

- n'entraîne pas d'incapacité permanente partielle

- entraîne une incapacité permanente partielle de ..... %

Fait à ..... le .....  
(signature et cachet du médecin)

(1) Rayer les mentions inutiles



