

ECOLE DE

DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE

NOM, prénom de l'élève :

Date de naissance de l'élève :

NOM et adresse des parents :

Profession des parents :

Assurance de l'élève accidenté :

NOM du maître de service :

Lieu, date et heure de l'accident :

Nature de l'accident :

Dommages corporels :

Suites à prévoir :

NOM des élèves-témoins :

A _____, le _____
Le directeur,

Pièces jointes :

- rapport du directeur
- rapport du maître de service
- rapport des élèves-témoins
- plan des lieux (indiquer par des croix la place des élèves et du maître)
- certificat médical (éventuellement)

VISA de l'inspecteur de l'éducation nationale :

Auxerre, le _____
L'inspecteur de l'éducation nationale

ACCIDENTS SCOLAIRES - ANNEE 2000-2001

NIVEAU PRIMAIRE

Numéro de l'établissement :

Informations sur la victime

Année de naissance :

Niveau scolaire

PS	<input type="checkbox"/>	CE1	<input type="checkbox"/>	Initiation	<input type="checkbox"/>
MS	<input type="checkbox"/>	CE2	<input type="checkbox"/>	Adaptation	<input type="checkbox"/>
GS	<input type="checkbox"/>	CM1	<input type="checkbox"/>	CLIS	<input type="checkbox"/>
CP	<input type="checkbox"/>	CM2	<input type="checkbox"/>		

Sexe

masculin :
féminin :

Informations sur l'accident

Date (jjmmaaaa) :

Heure :

Minute :

Situation

Situation habituelle Sortie éducative - voyage Classe transplantée

Gravité

Hospitalisation - de 48 h Hospitalisation + de 48 h Accident mortel

Lieu

Salle de classe	<input type="checkbox"/>	Couloirs	<input type="checkbox"/>	Gymnase	<input type="checkbox"/>
Salle TP de Chimie	<input type="checkbox"/>	Escaliers	<input type="checkbox"/>	Piscine/Bassin	<input type="checkbox"/>
Salle TP de Physique	<input type="checkbox"/>	Salle de jeu, lieu de détente	<input type="checkbox"/>	Piscine/abords	<input type="checkbox"/>
Autre local scientifique	<input type="checkbox"/>	Réfectoire	<input type="checkbox"/>	Terrain de sport	<input type="checkbox"/>
Atelier	<input type="checkbox"/>	Sanitaires	<input type="checkbox"/>	Pleine nature	<input type="checkbox"/>
Exploitation agricole	<input type="checkbox"/>	Dortoirs	<input type="checkbox"/>	Centre équestre	<input type="checkbox"/>
Etudes	<input type="checkbox"/>	Internats	<input type="checkbox"/>	Autres EPS	<input type="checkbox"/>
Cours, terrain de récréation	<input type="checkbox"/>	Autres (hors EPS)	<input type="checkbox"/>		

Moment

Activités pédagogiques	<input type="checkbox"/>	Saut	<input type="checkbox"/>	Activités de pleine nature	<input type="checkbox"/>
Restauration scolaire ou universitaire	<input type="checkbox"/>	Lancer	<input type="checkbox"/>	Basket-ball	<input type="checkbox"/>
Détente à l'heure du déjeuner	<input type="checkbox"/>	Course	<input type="checkbox"/>	Hand-ball	<input type="checkbox"/>
Détente/récréation à un autre moment	<input type="checkbox"/>	Autres (Athlétisme)	<input type="checkbox"/>	Football	<input type="checkbox"/>
Rentrée ou sortie	<input type="checkbox"/>	Escalade	<input type="checkbox"/>	Rugby	<input type="checkbox"/>
Pendant les heures d'ouvertures	<input type="checkbox"/>	Rollers	<input type="checkbox"/>	Hockey	<input type="checkbox"/>
Autres (hors EPS)	<input type="checkbox"/>	Gymnastique	<input type="checkbox"/>	Autres (sport collectif)	<input type="checkbox"/>
Sports de combat	<input type="checkbox"/>	Natation	<input type="checkbox"/>	Autres (EPS)	<input type="checkbox"/>

Dommmages corporels

Tête	<input type="checkbox"/>	Poignet	<input type="checkbox"/>	Cheville	<input type="checkbox"/>
Yeux	<input type="checkbox"/>	Doigts (mains)	<input type="checkbox"/>	Doigts (pieds)	<input type="checkbox"/>
Dents	<input type="checkbox"/>	Autres (membres supérieurs)	<input type="checkbox"/>	Autres (membres inférieurs)	<input type="checkbox"/>
Epaule	<input type="checkbox"/>	Tronc	<input type="checkbox"/>	Intoxication	<input type="checkbox"/>
Bras	<input type="checkbox"/>	Jambe	<input type="checkbox"/>	Accident cardiaque	<input type="checkbox"/>
Coude	<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>	Accident respiratoire	<input type="checkbox"/>

Circonstances matérielles

Bâtiments	<input type="checkbox"/>	Animaux	<input type="checkbox"/>	Lit	<input type="checkbox"/>
Bris de verre	<input type="checkbox"/>	Ballon	<input type="checkbox"/>	Autre(s)	<input type="checkbox"/>
Machines	<input type="checkbox"/>	Fenêtre	<input type="checkbox"/>	Néant	<input type="checkbox"/>

Circonstances humaines

(Acteur(s) concerné(s) autre(s) que la victime)

Elève(s)/ Etudiants	<input type="checkbox"/>	Personnel(s)	<input type="checkbox"/>
Autre(s) tiers	<input type="checkbox"/>	Aucun	<input type="checkbox"/>