

ANNEXE n°9  
 DECLARATION D'ACCIDENT  
 Fiche à transmettre à l'I.E.N

Circonscription					
Commune					
Nom de l'école					
Code RNE					
<b>Circonstances et nature de l'accident</b>					
Nom et Prénom (s) de l'élève accidenté					
Sexe (1)	féminin	<input type="checkbox"/>	masculin	<input type="checkbox"/>	
Date de naissance					
Classe fréquentée (1)	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"/>	
L'élève est-il assuré? (1)	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	
Nom et Prénom du représentant légal					
Adresse du représentant légal					
Nom et Prénom du deuxième représentant légal (le cas échéant)					
Adresse du deuxième représentant légal					
Date de l'accident (jour)				heure	minutes
Situation (1)	situation habituelle sortie scolaire sans nuitée	<input type="checkbox"/>			
	scolaire avec nuitée(s)	<input type="checkbox"/>			
	rencontre sportive	<input type="checkbox"/>			
	autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>			
Gravité (le cas échéant) (1)	consultation médicale ou soins hospitaliers	<input type="checkbox"/>			
	hospitalisation	<input type="checkbox"/>			
Lieu de l'accident (1) (à préciser éventuellement ci-dessous)	salle de classe cours, terrain de récréation	<input type="checkbox"/>		gymnase	<input type="checkbox"/>
	couloirs escaliers salle de jeu	<input type="checkbox"/>		piscine/ bassin	<input type="checkbox"/>
	sanitaires transports sur le trajet de l'école	<input type="checkbox"/>		piscine/ abords	<input type="checkbox"/>
	autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>		terrain de sport	<input type="checkbox"/>
				pleine nature	<input type="checkbox"/>
				centre équestre	<input type="checkbox"/>
			abords de l'école	<input type="checkbox"/>	

(1) cocher la case appropriée

Nature de l'activité (1)	activités pédagogiques	<input type="checkbox"/>	activités sportives à préciser obligatoirement :	<input type="checkbox"/>
	récréation	<input type="checkbox"/>	salle de motricité	<input type="checkbox"/>
	passage aux toilettes	<input type="checkbox"/>	autres (à préciser) :	<input type="checkbox"/>
	entrée ou sortie	<input type="checkbox"/>		
Dommages corporels	Crâne visage (à préciser)	<input type="checkbox"/>	doigts	<input type="checkbox"/>
	yeux	<input type="checkbox"/>	tronc	<input type="checkbox"/>
	dent	<input type="checkbox"/>	jambes	<input type="checkbox"/>
	épaule	<input type="checkbox"/>	genou	<input type="checkbox"/>
	bras	<input type="checkbox"/>	cheville	<input type="checkbox"/>
	coude	<input type="checkbox"/>	orteils	<input type="checkbox"/>
	poignet	<input type="checkbox"/>	autre (à préciser) :	
Nature de la blessure				
Nom et prénom du/des maîtres chargés du service de surveillance				
Déclaration du maître quant aux circonstances et à la nature de l'accident				
Mesures prises :			Les parents ont-ils été joints? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date et signature du maître :			A quelle heure ?	
<b>Conclusions du directeur(trice) de l'école (surveillance, mesures prises, caractère de l'accident...)</b>				
A _____, le _____ Signature du Directeur :				
<b>Avis de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale (1):</b>			Signature de l'IEEN	
A _____ le _____				

(1) cocher la case appropriée

(2) indiquer gauche ou droit, le cas échéant