ACADÉMIE DE BORDEAUX
Liberté
Égalité
Fraternité

**Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH)**

**Formulaire de déclaration d'accident du travail**

**Le formulaire est complété par l'établissement d'affectation et transmis par mail à l'employeur dans les 48h suivant l'accident**

---

**Employeur de l'AESH :**

☐ DSDEN ☐ Lycée Montesquieu

**Préciser le département d'affectation** : ☐ 24 ☐ 33 ☐ 40 ☐ 47 ☐ 64

**PIAL** (indiquer le nom et le RNE) : ……..

---

**La VICTIME**

N° de sécurité sociale : ……

Date de naissance : ……

Nom de naissance suivi du nom d'usage : ……..

Prénom : ……

Adresse : ……

Nationalité : ……

Date d'embauche : ……

Contrat : CDD ☐ CDI ☐

**L'ACCIDENT**

Date : …… Heure : ……

Lieu de l'accident (Nom + adresse) : ……

……..

☐ Lieu de travail habituel ☐ Au cours du trajet domicile lieu de travail

☐ Lieu de travail occasionnel ☐ Au cours du trajet travail lieu de repas

☐ Lieu de repas ☐ Au cours d'un déplacement pour l'employeur

Activité de la victime lors de l'accident : ……

Nature de l'accident : ……

Objet dont le contact a blessé la victime : ……

Siège des lésions : ……

Nature des lésions (selon avis médical) : ……..

Horaire de travail le jour de l'accident : Matin de ……à…… Après-Midi de ……à……

Accident connu le …./…./……. .....☐ Par l'établissement ☐ Décrit par la victime

Conséquences : ☐ Sans arrêt de travail ☐ Avec arrêt de travail

**Le TEMOIN ou la PREMIERE PERSONNE AVISEE**

Nom et prénom : ……

Adresse : ……

**Le TIERS**

L'accident a-t-il été causé par un tiers : ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, nom et adresse du tiers : ……

Société d'assurance du tiers : ……

Nom et prénom : ……

Adresse : ……

Fait à ……, le ……

***Signature de l'établissement d'affectation*** ***Signature de l'AESH (si possible)***

Nom et prénom du signataire : ……..

Qualité : ……