

## **MODELE A - DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL**

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, son ayant droit, son chef hiérarchique ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service compétent de votre administration. Il doit être accompagné du modèle B (attestation médicale), dès qu'il y a plus d'un jour d'incapacité.

**Les rubriques II et III sont complétées par le déclarant. Les rubriques I, IV, V et VI sont complétées par l'employeur.**

<b>I. Données concernant l' EMPLOYEUR</b>	
1. Dénomination de l'administration, du service ou de l'établissement : ..... ..... ..... Tél.: .... / ..... Fax.: .... / .....	
2. Rue/n°/boîte : .....	Code postal : .....
Commune : .....	
3. Objet de l'administration : .....	
Code NACE-BEL : _ _ _ _ _	
4. Numéro d'entreprise :  ... ... ...  -  ... ... ...  -  ... ... ...  et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement :  ... ... ...  -  ... ... ...  -  ... ... ...	

<b>II. Données concernant la VICTIME</b>	
5. Nom et prénoms : .....	
Nom de l'époux (1) : .....	
6. Date de naissance(2) : ...../...../..... Sexe (3) : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Rôle linguistique : .....	
7. Numéro du Registre national : .....	Nationalité : .....
8. Numéro du dossier auprès du service médical compétent : .....	
9. Numéro de compte bancaire (4) :	
IBAN : _ _ _ _ _	
Établissement financier : BIC _ _ _ _ _	
10. Résidence principale :	
Rue/n°/boîte : .....	
Code postal : .....	
Commune : .....	

### III. Données concernant l'ACCIDENT

11. Jour de l'accident : ..... Date (2) : ...../...../..... h ..... min

12. Lieu de l'accident :

☐ dans l'administration, le service ou l'établissement à l'adresse mentionnée au champ 2

☐ sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? ☐ Oui ☐ Non

☐ à un autre endroit

Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier)

Rue/numéro/boîte : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Numéro du chantier : \_ \_ \_ \_ \_

13. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? (3) ☐ Oui ☐ Non

Si non, quelle occupation exerçait-elle ?

.....

S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 (accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime) ? (3)

☐ Oui ☐ Non

14. a) Dans quel **environnement** (type de lieu) la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ? (p.ex., aire de maintenance, lieu d'élevage de bétail, bureau, école, magasin, hôpital, parking, salle de sports, toit d'un hôtel, maison privée, égout, jardin, autoroute, navire à quai, sous l'eau, etc.)

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

b) Précisez **l'activité générale** (type de travail) qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit. (p. ex., transformation de produits, stockage, tâches de type forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, etc. OU tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage.)

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

c) Précisez **l'activité spécifique** de la victime lorsque l'accident s'est produit (p.ex., remplissage de la machine, utilisation d'outillage à main, conduite d'un moyen de transport, saisie, levage, roulage, portage d'un objet, fermeture d'une boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.) ET les **objets impliqués** (**agent matériel**) (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

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

d) Quels **événements déviant** par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (p. ex., problème électrique, explosion, feu, débordement, renversement, écoulement, émission de gaz, rupture, chute ou effondrement d'objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissade ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.). Précisez tous ces faits ET **les objets impliqués (agent matériel)** s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

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

e) Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents **contacts** qui ont provoqué la (les) blessure(s) (p.ex., contact avec un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelissement, enveloppement par quelque chose (gaz, liquide, solide), écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locomoteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne, etc.) ET **les objets impliqués (agent matériel)** (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

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

15. Premiers soins donnés le (2) ...../...../..... à ..... h par le médecin ou dans l'établissement hospitalier :

Nom : .....

Rue/n°/boîte : ..... Code postal : .....

Commune : .....

16. Procès-verbal dressé à ..... le (2) ...../...../.....  
par .....

17. Nom et adresse du responsable éventuel :

.....

et de son assureur : .....

N° police : .....

18. Témoins : Nom/Rue/N°/boîte/Code postal/Commune

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

Déclarant (nom et qualité) : .....

Signature :

Date (2) : ...../...../.....

.....

**Fiche d'accident - année ..... n° .....**

En cas d'accident grave, l'administration avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 31 mars 1998).

19. **Nature de l'accident** (3) : ☐ accident du travail ☐ accident sur le chemin du travail ☐ accident en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime (article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967)

**IV. Données concernant l'EMPLOYEUR**

20. Adresse de la division ou du service dont dépend la victime :

Rue/n°/boîte : ..... Code postal : .....  
Commune : .....

21. Service externe chargé du contrôle médical – Nom : MEDEX

Rue/n°/boîte : ..... Code postal : .....  
Commune : .....

22. Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le C.P.A.S., l'établissement, etc. à la fin du mois précédant l'accident : .....

23. Nombre total de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédant l'accident : .....

**V. Données concernant la VICTIME et l'ACCIDENT**

24. Date d'entrée en service de la victime (2) : ...../...../.....

25. Durée de l'emploi : ☐ indéterminée ☐ déterminée

26. La date de sortie de service est-elle connue ? ☐ oui ☐ non

Si oui, date de sortie de service (2) : ...../...../.....

27. Nature de l'emploi : ☐ à temps plein ☐ à temps partiel

28. Catégorie professionnelle (3) :

☐ agent définitif ☐ contractuel ☐ stagiaire ☐ autre (à préciser) .....

29. Fonction habituelle dans l'administration :

..... Code CITP : |...|...|...|

30. Durée d'exercice de cette fonction par la victime dans l'administration, dans le service ou l'établissement :

☐ moins d'une semaine ☐ d'une semaine à un mois ☐ d'un mois à un an ☐ plus d'un an

31. A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (5)

- ☐ poste de travail habituel ou unité locale habituelle  
☐ poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur  
☐ autre poste de travail

32. Date de déclaration à l'employeur (2) : ...../...../.....

33. Heures à prester par la victime le jour de l'accident :

de ..... h à ..... h et de ..... h à ..... h

34. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) :

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

## VI. Données concernant la PREVENTION

35. Activité de la division ou du service où la victime exerce habituellement sa fonction :

.....

36. Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? (3)

☐ Oui ☐ Non Si non, quelle activité exerçait-elle ? : .....

S'agit-il d'un accident visé à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ? (3)

☐ Oui ☐ Non

37. Type de travail : ..... Code (8) : |...|...|

38. Dernière déviation qui a conduit à l'accident : ..... Code (6) : |...|...|

39. Agent matériel de cette déviation : ..... Code (6) : |...|...|...|...|

40. Contact-modalité de la blessure : ..... Code (8) : |...|...|

41. Lésion - Nature (7)(6) : ..... Code (6) : |...|...|...|

Localisation (7)(6) : ..... Code (6) : |...|...|

42. Conséquences de l'accident (7)(6) :

- ☐ pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir
- ☐ pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir
- ☐ incapacité temporaire de travail
- ☐ incapacité permanente de travail à prévoir : l'incapacité permanente prévue est : ..... %
- ☐ décès, date du décès (2) : ...../...../.....

43. Cessation de l'activité professionnelle – date (2) : ...../...../..... ..... h ..... min

44. Date de reprise effective du travail (2) : ...../...../..... S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : ..... jours

45. De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?

- ☐ aucun ☐ casque ☐ gants ☐ lunettes de sécurité ☐ écran facial
- ☐ veste de protection ☐ tenue de signalisation ☐ protection de l'ouïe ☐ chaussures de sécurité
- ☐ masque respiratoire avec apport d'air frais ☐ masque respiratoire à filtre ☐ masque antiseptique
- ☐ protection contre les chutes ☐ autres : .....

46. Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents :

..... Code (6) : |...|...|  
..... Code (6) : |...|...|  
..... Code (6) : |...|...|

Déclarant de l'autorité (nom et qualité):

Nom du conseiller en prévention :

Date (2) : ...../...../.....

Signature :

Signature :

(1) = Facultatif

(2) = Jour / mois / année

(3) = Cocher ce qui convient

(4) = Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.

(5) = Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail.

(6) = Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe IV de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail (M.B. 31 mars 1998).

(7) = Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale.

(8) = Voir liste reprise à l'AR du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des accidents du travail.

## **MODELE B - CERTIFICAT MEDICAL**

Nom, prénom, qualité, adresse

\_\_\_\_\_

Nom, prénom, adresse de la victime

\_\_\_\_\_

Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc.

\_\_\_\_\_

Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort – incapacité permanente, totale ou partielle – incapacité temporaire, totale ou partielle, en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.

\_\_\_\_\_

Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement les lésions mêmes sans avoir égard à toutes autres circonstances.

\_\_\_\_\_

Indiquer, selon le cas, que le blessé est soigné à son domicile ou à celui du médecin ou à tel hôpital ou à tel autre endroit.

\_\_\_\_\_

Si le médecin a cette conviction, en indiquer les motifs de manière précise afin de permettre à l'administration de prendre décision en parfaite connaissance de cause.

Le soussigné .....

.....

.....

ayant examiné .....

.....

.....

après l'accident qui lui est survenu le .....  
déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

2. que ces lésions ont eu (auront) pour  
conséquence :

.....

.....

.....

.....

.....

3. que le début de l'incapacité a été (sera) le :

.....

4. que le blessé est soigné :

.....

5. qu'il a (ou non) la conviction que la blessure  
ou la maladie constatée a pour cause  
l'accident relaté :

Fait à ....., le .....

(Signature)

## **MODELE C**

Complément d'Informations à fournir par le chef d'établissement ou le chef de service  
concernant la victime d'un accident du travail, d'un accident sur le chemin du travail

1. (a) Nom (de jeune fille pour les agents féminins) de la victime, et prénom .....  
(b) N° de téléphone de l'établissement ou du service .....  
(c) La victime est-elle agent contractuel subventionné (ACS/APE) ? OUI - NON  
(d) Situation administrative au moment des faits (stagiaire, définitif, temporaire, contractuel, etc. ....
2. Date des faits (de ce qui est déclaré comme accident) .....
3. (a) Lieu et date de naissance de la victime .....  
(b) Numéro matricule .....
4. Une DIMONA a-t-elle été ouverte pour l'occupation actuelle de la victime ? OUI – NON
5. Numéro FASE de l'établissement ou du service .....
6. Numéro médical MEDEX .....
7. (a) La victime est-elle en fonction dans plusieurs établissements ? OUI - NON  
(mentionner tous les établissements) .....  
(b) La victime était-elle en mission ou en détachement au moment des faits ? OUI - NON  
(si oui, préciser où) .....
8. Mentionner  
(a) si les faits se sont produits sur le chemin normal pour se rendre au travail OUI - NON  
ou en revenir aller / retour  
(b) si les faits se sont produits sur le lieu de travail, dans l'accomplissement  
du travail normal de la victime OUI - NON  
(c) si les faits se sont produits au cours d'une autre circonstance .....  
si oui, laquelle ? .....  
(d) si la direction éprouve des doutes sur la réalité de l'accident OUI - NON
9. Y-a-t-il un ou plusieurs témoins ? OUI - NON
10. Dans le cas où la déclaration d'accident a été expédiée plus d'un mois après  
les faits, pourquoi les faits ont-ils été déclarés aussi tard ? .....

### **UNIQUEMENT S'IL S'AGIT D'UN ETABLISSEMENT SUBVENTIONNE**

11. La victime jouissait-elle d'une subvention-traitement à charge de la  
Fédération Wallonie-Bruxelles au moment de l'accident ? OUI - NON

Je déclare sur l'honneur que les réponses au présent questionnaire sont sincères et véritables.

A ..... le

Signature du chef d'établissement ou de son délégué

Nom et prénom de la personne  
qui signe le document