

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

|   |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
|---|---|--|-----|--|-------------------|--|-------|----------|---------|--|--|
| Circonscription   |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| Commune   |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| Nom de l'école  |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| Code RNE (7 chiffres + 1 lettre)                              |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| <b>Circonstances et nature de l'accident</b>                  |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| Nom et Prénom(s) de l'élève accidenté                         |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| Sexe (1)  | féminin                                     |  |     |  |                   |  |       | masculin |         |  |  |
| Date de naissance   |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| Classe fréquentée (1)   | PS  |  | CE1 |  | Initiation        |  |       |          |         |  |  |
|   | MS  |  | CE2 |  | Adaptation        |  |       |          |         |  |  |
|   | GS  |  | CM1 |  | CLIS              |  |       |          |         |  |  |
|   | CP  |  | CM2 |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| L'élève est-il assuré? (1)                                    | oui   |  | non |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| 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                 |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
|   | sortie scolaire avec nuitée(s)              |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
|   | rencontre sportive                          |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| autres (à préciser)   |   |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| Gravité (le cas échéant) (1)                                  | consultation médicale ou soins hospitaliers |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
|   | hospitalisation                             |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |
| Lieu de l'accident (1) (à préciser éventuellement ci-dessous) | salle de classe                             |  |     |  | gymnase           |  |       |          |         |  |  |
|   | cours, terrain de récréation                |  |     |  | piscine/ bassin   |  |       |          |         |  |  |
|   | couloirs                                    |  |     |  | piscine/ abords   |  |       |          |         |  |  |
|   | escaliers                                   |  |     |  | terrain de sport  |  |       |          |         |  |  |
|   | salle de jeu                                |  |     |  | pleine nature     |  |       |          |         |  |  |
|   | sanitaires                                  |  |     |  | centre équestre   |  |       |          |         |  |  |
|   | transports sur le trajet de l'école         |  |     |  | abords de l'école |  |       |          |         |  |  |
|   | autres (à préciser)                         |  |     |  |                   |  |       |          |         |  |  |

(1) cocher la case appropriée

|  |                                 |   |                          |
|--|---------------------------------|---|--------------------------|
| Nature de l'activité (1)   | activités pédagogiques          | activités sportives à préciser<br>obligatoirement : |                          |
|  | récréation                      |   |                          |
|  | passage aux toilettes           | salle de motricité                                  |                          |
|  | entrée ou sortie                | autres (à préciser) :                               |                          |
| Dommages corporels<br>(1) & (2)  | Crâne                           | doigts  |                          |
|  | visage (à préciser)             | tronc   |                          |
|  | yeux                            | jambes  |                          |
|  | dent                            | genou   |                          |
|  | épaule                          | cheville  |                          |
|  | bras                            | orteils   |                          |
|  | coude                           | autre (à préciser) :                                |                          |
|  | poignet                         |   |                          |
| Nature de la blessure  |                                 |   |                          |
| Nom et prénom du/des<br>maîtres chargés du<br>service de surveillance  |                                 |   |                          |
| Déclaration du maître<br>quant aux circons-<br>tances et à la nature<br>de l'accident                        |                                 |   |                          |
| Mesures prises   | Les parents ont-ils été joints? |   |                          |
| Date et signature du maître  | oui                             |   | <input type="checkbox"/> |
|  | non                             |   | <input type="checkbox"/> |
| 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>  |                                 |   |                          |
| surveillance assurée normalement   |                                 | <input type="checkbox"/>                            |                          |
| défaut de surveillance   |                                 | <input type="checkbox"/>                            |                          |
| mesures prises efficaces   |                                 | <input type="checkbox"/>                            |                          |
| mesures prises inappropriées   |                                 | <input type="checkbox"/>                            |                          |
| accident fortuit, imprévisible   |                                 | <input type="checkbox"/>                            |                          |
| accident dû à un défaut des mesures de sécurité  |                                 | <input type="checkbox"/>                            |                          |
| autre (à préciser)   |                                 | <input type="checkbox"/>                            |                          |
| A  | le                              | Signature de l'IEN                                  |                          |

(1) cocher la case appropriée

(2) indiquer gauche ou droit, le cas échéant