



DECLARATION DU RISQUE PROFESSIONNEL

L'exemplaire 1 doit être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception ou remis en mains propres à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, dans les 48 heures qui suivent le risque. L'exemplaire 2 doit être adressé à l'Inspecteur du Travail du ressort. L'exemplaire 3 doit être adressé au Médecin traitant. L'exemplaire 4 doit être conservé par l'Employeur, pour archives.

OBLIGATOIRE

| | | |
|--|--|--|
| EMPLOYEUR | | N° COTISANT |
| NOM, Prénoms : _____ ou Raison sociale : _____ | | NOMBRE DE SALARIES de l'entreprise au moment de l'accident |
| Adresse : _____ | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| VICTIME | MATRICULE ASSURE | | | | | | | | |
| NOM : _____ Prénoms : _____ | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

OBLIGATOIRE

| | | | | |
|---|---|---|----------------|----------------|
| ACCIDENT | | | | |
| Date (préciser le jour de la semaine) : _____ heure (de 0 à 24) : _____ | | | | |
| Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail : _____ | | | | |
| Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : _____ de _____ h _____ à _____ h _____ de _____ h _____ à _____ h _____ | | | | |
| DUREE DU PREAVIS : _____ LIEU DU RISQUE : _____ | | | | |
| Circonstances détaillées de l'accident { _____ _____ | | | | |
| Cause de l'accident (Chute - Glissade - Choc - Machine en mouvement - Accident de la circulation - etc.) : _____ _____ _____ | | | | |
| Siège des lésions (préciser côté droit ou gauche et partie du corps) : _____ _____ | | | | |
| Nom du Médecin ou de l'infirmier ayant pratiqué les premiers soins : _____ | | | | |
| Suite probable : <table border="1"> <tr> <td>Sans arrêt de travail</td> <td>Avec arrêt de travail supérieur à 24 heures</td> <td>Décès immédiat</td> <td>Décès probable</td> </tr> </table> | Sans arrêt de travail | Avec arrêt de travail supérieur à 24 heures | Décès immédiat | Décès probable |
| Sans arrêt de travail | Avec arrêt de travail supérieur à 24 heures | Décès immédiat | Décès probable | |

| |
|--|
| TEMOINS |
| Nom, Prénoms : _____ |
| et adresse : _____ |
| Un rapport de police a-t-il été établi ? _____ |
| Par qui ? _____ |

| |
|----------------------------------|
| RISQUE CAUSE PAR UN TIERS |
| Nom et adresse : _____ |
| du tiers : _____ |
| Cie d'assurances : _____ |
| du tiers : _____ |

CLASSIFICATION PROFESSIONNELLE

CONVENTION COLLECTIVE : _____ CLASSEMENT : _____

| SALAIRE DE REFERENCE | | | | | | | | | |
|--|------------|----|--------------|-----------------|--------|---------|------|--------|-------|
| Nombre de journées ou d'heures de travail exécutées pendant les 30 jours précédant le risque : _____ | | | | | | | | | |
| Date d'échéance de la paie | Période du | au | Salaire brut | Heures supplém. | Primes | Rations | LOG. | Divers | TOTAL |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Nom et qualité du Déclarant :

Date :

Signature du Déclarant