

RAPPORT HIERARCHIQUE

Employeur

.....
.....
.....
Dossier suivi par :
Tel :

Victime

Nom patronymique : Prénoms :
Nom marital :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
.....
Grade : Titulaire Stagiaire
Catégorie : A B C
Fonctions exercées :

Accident

Date : Heure :
Horaire de travail le jour de l'accident :
Lieu de l'accident :
Circonstances détaillées de l'accident :
.....
.....

S'il s'agit d'un accident de trajet :

L'accident est-il intervenu sur le trajet le plus direct
entre le domicile et le lieu de travail OUI NON
Le trajet a-t-il, pour quelque motif que ce soit, été interrompu ?
Si oui, motif OUI NON
Y a-t-il eu des témoins ? OUI NON
Si oui, nom et adresse des témoins
.....
.....
Un constat de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? OUI NON

Blessures (nature et siège)

Latéralité droitier gaucher
.....
.....
.....
.....
.....

Maladie professionnelle

Tableau n° :

Date du certificat médical initial :

Description précise des substances ayant entraîné la maladie :

.....

.....

Fonctions exactes occupées par l'agent à l'époque où il a contracté la maladie : ..

.....

.....

Période(s) d'exposition au risque :

.....

Lieu d'exposition :

Accidents antérieurs

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etabli le :

Par : *(nom et fonctions du signataire + signature)*

Notifié à l'agent le :

Signature

En cas de désaccord, en préciser les motifs ci-après :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Joindre selon le cas :

- Les certificats médicaux
- Les déclarations et témoignages
- Le constat de police ou de la gendarmerie
- Le rapport du médecin de prévention