

MODÈLE C

Complément d'informations à fournir par le chef d'établissement ou le chef de service concernant la victime d'un accident de 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
(c) La victime est-elle agent contractuel subventionné (ACS) ? OUI – NON
(d) Situation administrative au moment des faits (stagiaire, définitif, temporaire; contractuel, etc)
2. (a) Date des faits (de ce qui est déclaré comme accident)
(b) Date et heure auxquelles les faits ont été portés à la connaissance du chef d'établissement ou de service
3. (a) Lieu et date de naissance de la victime
(b) Numéro de matricule
4. Numéro médical
5. (a) La victime est-elle en fonction dans plusieurs établissements ?
(mentionner tous les établissements)
(b) La victime était-elle en mission ou en détachement au moment des faits ?
6. Mentionner :
(a) si les faits se sont produits sur le chemin normal pour se rendre au travail ou en revenir OUI – NON
Aller – retour
(b) si les faits se sont produits sur le lieu du 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 ? OUI – NON
.....
(d) la direction éprouve des doutes sur la réalité de l'accident ? OUI – NON
7. (a) Estimez-vous qu'il y a un tiers responsable ? OUI – NON
(b) Y a-t-il un ou plusieurs témoins ? OUI – NON
8. (a) Les élèves témoins ont-ils été entendus par le chef d'établissement ou son délégué ? (ce n'est pas obligatoire) OUI – NON
(b) Si oui, leurs déclarations concordent-elles avec celles de la victime ? OUI – NON
9. 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

10. La victime jouissait-elle d'une subvention-traitement à charge de la Communauté française au moment de l'accident ? OUI – NON
11. Existe-t-il un contrat d'assurance couvrant les risques concernés ? OUI – NON
Si oui, préciser la compagnie d'assurance :

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