



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DU TRAVAIL  
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE DES SPORTS

## SIGNALEMENT D'ACCIDENT BENIN

(accident sans arrêt ni soins)

(établi impérativement dans les 48 heures à compter de l'accident)

### TYPE D'ACCIDENT

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Accident de service (dans les locaux de l'administration)                 | <input type="checkbox"/> |
| Accident de mission   | <input type="checkbox"/> |
| Accident de trajet (domicile/lieu de travail ou lieu de travail/domicile) | <input type="checkbox"/> |

### SERVICE D'AFFECTATION

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de famille

Prénom

Nom usuel

Grade

Date de naissance

□ □ / □ □ / □ □ □ □

jour mois année

### ACCIDENT BENIN – Mentions impératives

#### HORAIRES habituels de travail

(en cas d'horaires variables, indiquez l'amplitude de la journée de travail)

Matin

Après-midi

De □ □ h □ □

De □ □ h □ □

A □ □ h □ □

A □ □ h □ □

#### DATE et HEURE de la survenance de l'accident

Date

□ □ / □ □ / □ □ □ □

jour mois année

Heure

□ □ h □ □ minutes

### LIEU ET CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

(environnement : bureau, escalier, route etc..., tâche exécutée..., geste effectué...)

Pour les accidents de trajet, joindre un plan précisant le trajet domicile/travail, ou travail/domicile en indiquant l'endroit où s'est produit l'accident.

L'accident a-t-il eu des témoins ? : OUI  NON

Dans l'affirmative, indiquer les nom, prénom et adresse des témoins(joindre impérativement leurs déclarations)

Extrait du registre d'infirmierie ? OUI  NON  si oui, n° du registre :.....

Temps habituel de trajet - HEURE, minutes :   h   minutes

### SIEGE ET NATURE DES LESIONS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tête/cou                        | <input type="checkbox"/> Membre inférieur (excepté pied)    |
| <input type="checkbox"/> Yeux                            | ➤ cuisse/hanche, jambe, genou, cheville                     |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur (excepté main) | <input type="checkbox"/> Pied                               |
| ➤épaule, bras, coude, avant-bras, poignet                | <input type="checkbox"/> Tronc (torse, rachis, bassin, dos) |
|  | <input type="checkbox"/> Lésion interne                     |
|  | <input type="checkbox"/> Autre (préciser)                   |

### NATURE DE L'ACCIDENT ET ELEMNT MATERIEL ASSOCIE A L'ACCIDENT BENIN

(cocher la case correspondante et préciser l'éventuel matériel utilisé)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chute                                      | <input type="checkbox"/> Explosion            |
| <input type="checkbox"/> Chute d'objet                              | <input type="checkbox"/> Accident de la route |
| <input type="checkbox"/> Manutention                                | <input type="checkbox"/> Agression            |
| <input type="checkbox"/> Heurt (ex: heurt contre un coin de bureau) | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :   |
| <input type="checkbox"/> Projection                                 | Elément matériel (préciser) :                 |
| <input type="checkbox"/> Contact-exposition                         |   |

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'agent

Signature du responsable hiérarchique