

## INFORMATION PREALABLE

### A LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL (NOTICE)

*Madame, Monsieur,*

*Un salarié mis à disposition de votre entreprise, par une Entreprise de Travail Temporaire, ou un groupement d'employeurs, vient d'être victime d'un accident de travail.*

*A cette occasion, vous êtes tenu(e) d'adresser, par lettre recommandée, chacun des 3 premiers volets de la liasse aux destinataires suivants :*

*1<sup>er</sup> volet, à l'Entreprise de Travail Temporaire ou au groupement d'employeurs (chargés d'établir la Déclaration d'Accident du Travail),*

*2<sup>e</sup> volet, au Service de Prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.),*

*3<sup>e</sup> volet, à l'Inspection du Travail.*

*AU PLUS TARD 24 HEURES après avoir eu connaissance de l'accident.*

*Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions qui suivent :*

#### VICTIME

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE.

Indiquez si la victime est cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, ouvrier qualifié (précisez, si possible, la spécialité), ouvrier non qualifié, divers.

#### ACCIDENT

##### 1 - LIEU DE L'ACCIDENT

Précisez si l'accident s'est produit :

- sur le lieu de travail indiqué dans le contrat liant l'utilisateur à l'entrepreneur de travail temporaire ou au groupement d'employeurs (atelier, chantier, bureau...)
- sur un lieu de travail non prévu au dit contrat,
- lors d'un déplacement pour le compte de l'entreprise utilisatrice,
- au domicile du salarié,
- sur le trajet aller ou retour entre le domicile ou le lieu de prise habituelle des repas, et le lieu de travail tel que défini ci-dessus.

Dans tous les cas, indiquez la localité et le lieu précis de l'accident.

##### 2 - CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

Indiquez ce que faisait la victime au moment de l'accident (travail sur une machine, manutention, etc) et comment celui-ci s'est produit (glissade, heurt, etc.),

##### 3 - SIÈGE DES LÉSIONS

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (yeux, tête ou cou, mains, membres supérieurs, tronc, pieds, membres inférieurs, sièges internes) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.

##### 4 - NATURE DES LÉSIONS

Précisez s'il s'agit de contusion, plaie, lumbago, entorse, fracture, brûlure, piqûre, présence d'un corps étranger, lésions multiples, autres (à préciser).

*N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles. Nous vous en remercions.*

*Le Directeur de  
la Caisse Primaire  
d'Assurance Maladie*

*Aux termes du décret n° 82-562 du 29-6-1982, sont punies d'une amende les entreprises utilisatrices qui ne respectent pas les obligations indiquées ci-dessus.*

*La loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant le travailleur auprès des organismes concernés.*

CONCERNANT UN ACCIDENT DU TRAVAIL DONT A ÉTÉ VICTIME UN SALARIÉ MIS A DISPOSITION D'UNE ENTREPRISE UTILISATRICE PAR UNE ENTREPRISE DE TRAVAIL TEMPORAIRE OU PAR UN GROUPEMENT D'EMPLOYEURS (article 24, 2e alinéa de la loi n° 72/1 du 3-1-1972 et article 48 de la loi n° 85.772 du 25-7-1985)



Au plus tard 24 heures après avoir pris connaissance de l'accident, l'employeur utilisateur adresse, par lettre recommandée, le 1<sup>er</sup> volet à l'entreprise de travail temporaire ou au groupement d'employeurs, le 2<sup>e</sup> volet au service prévention de la CRAM, le 3<sup>e</sup> volet à l'inspection du travail et conserve le 4<sup>e</sup> volet.

**ENTREPRISE UTILISATRICE** (cf. 1<sup>er</sup> alinéa de l'art. L 124.3 et art. L 127.1 et suivants du Code du Travail)

RÉSERVÉ CRAM

Nom, prénom ou raison sociale \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ N° Téléphone \_\_\_\_\_  
 Lieu de travail de la victime (établissement ou chantier) : \_\_\_\_\_  
 N° SIRET de l'établissement \_\_\_\_\_  
 Code de Sécurité sociale (à 5 chiffres) d'activité professionnelle figurant sur la notification du taux applicable à l'établissement ou chantier \_\_\_\_\_

CTN \_\_\_\_\_  
 Groupes d'activités \_\_\_\_\_

**ENTREPRISE DE TRAVAIL TEMPORAIRE OU GROUPEMENT D'EMPLOYEURS (1)**

Raison Sociale : \_\_\_\_\_  
 Adresse de l'agence ou du groupement \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ N° Téléphone \_\_\_\_\_  
 N° SIRET de l'agence \_\_\_\_\_ Contrat n° \_\_\_\_\_  
 ou du groupement \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_  
 Code de Sécurité Sociale (à 5 chiffres) d'activité professionnelle figurant sur la notification du taux applicable à l'agence ou au groupement \_\_\_\_\_

CTN \_\_\_\_\_  
 Groupes d'activités \_\_\_\_\_

**VICTIME**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 A défaut Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom, prénom \_\_\_\_\_  
 (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux)  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Nationalité  Française  C.E.E.  Autre  
 Date de recrutement par l'agence ou le groupement \_\_\_\_\_ par l'entreprise utilisatrice \_\_\_\_\_  
 Qualification professionnelle (2) \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_ Emploi réellement exercé \_\_\_\_\_  
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?  OUI  NON

\_\_\_\_\_

**ACCIDENT**

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ H mn  
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ et de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 H mn H mn H mn H mn  
 Lieu de l'accident (2) \_\_\_\_\_  
 Circonstances détaillées de l'accident (2) \_\_\_\_\_  
 (indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé).  
 Siège des lésions (2) \_\_\_\_\_  
 Nature des lésions (2) \_\_\_\_\_  
 Victime transportée à \_\_\_\_\_  
 Accident  constaté } le \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  par l'employeur utilisateur  par ses préposés  décrit par la victime  
 connu }  
 Conséquences :  SANS ARRÊT DE TRAVAIL  AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (2)  DÉCÈS

\_\_\_\_\_

**TEMOINS**

Nom, prénom \_\_\_\_\_  
 et \_\_\_\_\_  
 adresse \_\_\_\_\_  
 Un rapport de police a-t-il été établi ?  OUI  NON par qui ? \_\_\_\_\_

**TIERS**

L'accident a-t-il été causé par un tiers :  OUI  NON  
 Si oui, nom et adresse du tiers \_\_\_\_\_  
 Sté d'assurance du tiers \_\_\_\_\_

Nom, prénom du signataire \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Qualité \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

(1) A compléter en s'adressant, le cas échéant, à l'entreprise de travail temporaire, ou au groupement d'employeurs.  
 (2) Se reporter à la notice.