

FICHE DE DECLARATION D'AGRESSION (et servant de déclaration d'accident du travail)

LA VICTIME

Nom: Prénom: Age: Sexe F ☐ M ☐
Adresse du domicile:

Tél pro: Tél perso:
Direction: Service: Horaires de travail :
Poste occupé

LES FAITS

Date Jour Heure

Lieu des faits (adresse, ville)

Les faits sont-ils survenus :

☐ sur le lieu de travail

☐ sur le trajet domicile-travail*

(*parcours normal aller-retour effectué par l'agent entre son lieu de travail et sa résidence ou entre son lieu de travail et celui où il prend habituellement ses repas.)

Y'a-t-il un témoin : ☐ oui ☐ non

Nom :

Prénom :

Tél pro :

Tél perso :

Direction :

Service :

Remplir la fiche de déclaration sur l'honneur du témoin (voir protection fonctionnelle)

Activité exercée au moment de l'agression (ex : accueil, entretien, visite ...) :

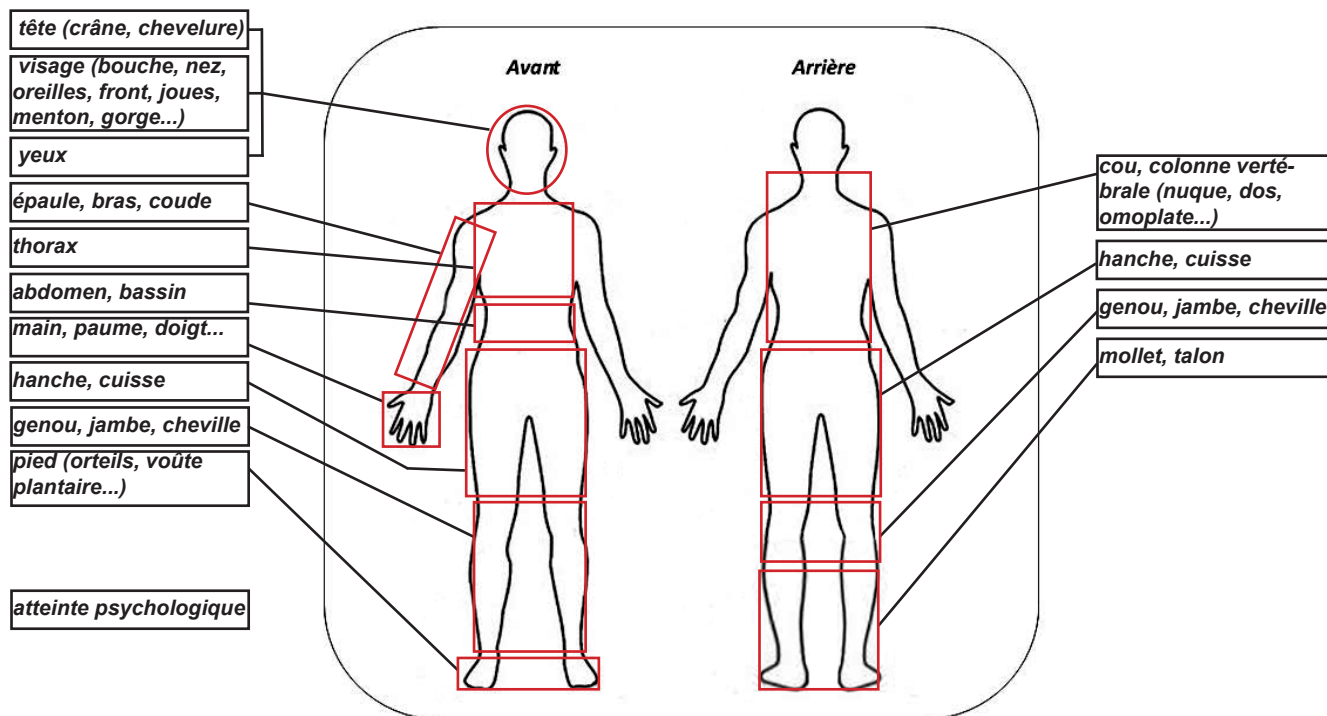
L'agresseur est : un usager du service ☐, un public extérieur , un collègue ☐

CAUSE DE LA SURVENUE DES FAITS

DESCRIPTION DETAILLEE DES FAITS

DESCRIPTION PRECISE DE(S) BLESSURE(S)/ LESION(S) ET LOCALISATION

Indiquer le siège de la blessure et/ou lésion :



Nature de la blessure et/ou lésion (ex. contusion, plaie, brûlure, fracture, présence d'un corps étranger, piqûre, etc.)

Localisation (ex. genoux gauche, main droite etc.)

Soins dispensés sur les lieux de travail : oui ☐ non ☐

Si oui préciser :

Consultation médicale ☐

Avez-vous effectué un dépôt de plainte : oui ☐ non ☐

Souhaitez-vous faire une demande de protection fonctionnelle : oui ☐ non ☐

Souhaitez-vous bénéficier d'un soutien psychologique : oui ☐ non ☐

Souhaitez-vous une visite médicale : oui ☐ non ☐

Souhaitez-vous que votre identité soit connue des organisations syndicales : oui ☐ non ☐

L'autorité hiérarchique ou fonctionnelle :

Fait à :

Le :

Signature :

L'agent :

Fait à :

Le :

Signature :

Déclaration sur l'honneur du témoin

Document à retourner à la Direction des Ressources Humaines en complément de la déclaration d'agression

Je soussigné(e)*:

Nom

Prénom

Tél pro

Tél perso

Portable

Direction

Déclare que M

a été victime

d'une agression en date du

à (heure)

Lieu des faits (ville et département)

Description des faits

Demande de soutien psychologique

oui

non

Demande de RDV avec le Médecin de prévention

oui

non

** déclaration nominative à compléter pour chaque témoin*

Fait à

le

Signature du déclarant