

ANNEXE

Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale**Pour le département de la Loire****FICHE DE POSTE**

<p>INTITULÉ DU POSTE : Enseignant coordonnateur départemental d'un dispositif R.E.L.A.I.S à temps plein Placé sous la responsabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hiérarchique du chef d'établissement de rattachement ; - sous la responsabilité fonctionnelle de l'inspectrice de l'éducation nationale en charge de l'information et de l'orientation (IEN-IO). 	<p>CATÉGORIE : A</p>
<p>INTITULÉ DU RECRUTEUR : DSDEN de la Loire</p>	<p>ORGANISME DE RATTACHEMENT : Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche</p>
<p>DOMAINE FONCTIONNEL : Éducation et formation tout au long de la vie</p>	<p>EMPLOI TYPE :</p>
<p>DATE DE DISPONIBILITÉ : 13/01/2020 au 30/04/2020</p>	<p>LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE : Collège Ennemond Richard, Saint-Chamond Dans le cadre de ses missions, le coordonnateur est amené à se déplacer sur le département, en particulier sur le bassin Sud.</p>
<p>DESCRIPTION DE L'EMPLOYEUR :</p> <p>L'inspecteur d'académie – directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-DASEN) anime et met en œuvre, dans le département de la Loire, la politique éducative définie par le ministre de l'éducation nationale et conduite par monsieur le recteur.</p>	
<p>DESCRIPTION DU POSTE :</p> <p>Ce poste s'adresse à des enseignants du premier ou second degré désirant s'impliquer fortement auprès des publics en grande difficulté scolaire, dans une perspective de prévention du décrochage scolaire. Une expérience de travail en réseau et de coordination d'équipe sera appréciée.</p>	
<p>MISSION DU POSTE :</p> <p>Le coordonnateur est chargé en relation avec l'IEN IO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de mettre en œuvre un projet pédagogique et éducatif différencié en direction des élèves repérés en difficulté scolaire et comportementale ; • de travailler en liaison avec la famille, la structure de suivi (éducateur) ou de soin, le collège d'origine (tuteur pédagogique, professeur principal, équipe de direction) ; • de mettre en œuvre des activités pédagogiques et didactiques ; • d'accompagner les élèves dans la construction de compétences scolaires et psychosociales. 	

ANNEXE

ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL :

Chef d'établissement – équipes éducatives – coordonnateurs d'un dispositif relais – personnels des services de la division de l'élève – inspectrice de l'éducation nationale en charge de l'information et de l'orientation - divers personnels de structures médicosociales ou judiciaires.

PROFIL DU CANDIDAT :

Enseignant

Compétences attendues :

- Ecoute, bienveillance, organisation ;
- Travail en équipe ;
- Qualité de rédaction, de présentation et de communication ;
- Dialogue et négociation

Profil attendu :

En sa qualité d'enseignant coordonnateur, il devra être force de proposition en particulier sur des pratiques pédagogiques différenciées, savoir rendre compte et faire preuve d'engagement, de loyauté et de disponibilité.

Une bonne connaissance des parcours d'orientation et des poursuites d'études sera nécessaire.

PERSONNE A CONTACTER :

Les candidatures accompagnées d'une lettre de motivation et d'un CV seront à adresser **dans un délai de 15 jours à compter de l'envoi de l'annonce** à :

Madame Véronique Dujardin, inspectrice chargée de l'information et de l'orientation du département de la Loire

9 et 11 rue des Docteurs Charcot

42023 Saint-Étienne Cedex 2

04 77 81 41 70

ce.ia42-iio@ac-lyon.fr

DGAF

Téléphone : 04.72.80.66.80
Télécopie : 04.72.80.66.59
Courriel : dfie-dgaf2@ac-lyon.fr

Inscription à une formation du plan académique de formation 2019 - 2020

N° Dispositif : 19A0100054

Intitulé : Obtenir une habilitation électrique BS

N° Module : 56211

Public : Personnels de laboratoire

Date de la formation :

Durée (en heures) : 2 jours (2 x 6 h)

A retourner par mèl à dfie-dgaf2@ac-lyon.fr ou par fax au 04.72.80.66.59

Date limite d'inscription : 15 novembre 2019

Données administratives

Coordonnées de l'agent : *l'ensemble de ses données est obligatoire pour la prise en compte de votre demande*

Nom : Administration de rattachement :

Prénom :

Grade : Service :

Catégorie : A B C

Téléphone professionnel : Adresse administrative complète :

Courriel professionnel * :

Quelles sont les raisons de votre demande ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

S'agit-il :

D'une demande individuelle ?

D'une demande de votre hiérarchie ?

Demandez-vous à bénéficier de votre droit au compte personnel de formation (CPF) ?

OUI

NON

Cette formation a pour but :

Une adaptation immédiate au poste

Une adaptation à l'évolution prévisible des métiers

L'acquisition de nouvelles compétences

Le développement des compétences

Une anticipation d'une mobilité fonctionnelle

Une préparation à un concours interne ou un examen professionnel

La valorisation du parcours professionnel

Quelles sont vos attentes à propos de ce stage ? À compléter obligatoirement

Coordonnées du responsable de formation : *l'ensemble de ses données est obligatoire pour la prise en compte de votre demande*

Nom du responsable de formation pour les personnels de l'enseignement supérieur :

Téléphone :

Courriel * :

Avis :

Avis et signature du supérieur hiérarchique

* tout courriel illisible peut retarder voire invalider votre inscription

Date et signature du demandeur

Fiche de correspondance fonctions/montants-cibles
 CARTOGRAPHIE DES FONCTIONS
 CORPS DES ATTACHÉS DES ADMINISTRATIONS DE L'ÉTAT

Groupe de fonctions	Fonctions académiques	Fonctions académiques - Critères +	AA	APA	DDS / AA HC	LOGE EN EPLE		
						AA	APA	DDS / AA HC
Groupe 1 - Fonctions d'encadrement supérieur	<i>Adjoints gestionnaires exerçant les fonctions d'agent comptable d'au moins 7 EPLE</i>	Cat Fin 5 et 4	9 690,00 €	13 566,00 €	15 300,00 €	7 752,00 €	10 812,00 €	12 240,00 €
	<i>En rectorat : responsables de directions</i>							
Groupe 2 - Fonctions d'encadrement à responsabilités particulières et/ou technicité importante	<i>En EPLE : Adjoints gestionnaires exerçant les fonctions d'agents comptables en établissements de 4ème catégorie ou 4ème exceptionnelle. Adjoints gestionnaires exerçant les fonctions d'agent comptable en établissements de 3ème catégorie avec au moins 3 établissements rattachés. Adjoints gestionnaires catégories 4 ou 4ex. En services académiques : adjoints aux responsables de directions.</i>	Cat Fin 5 et 4	8 670,00 €	12 240,00 €	13 362,00 €	7 344,00 €	9 792,00 €	11 424,00 €
	<i>En DSDEN : chefs de divisions</i>							
	<i>En rectorat : chefs de gros bureaux</i> <i>En rectorat : cadre transversal rattaché à la direction, à forte expertise ou sujétions particulières</i>							
Groupe 3 - Fonctions d'encadrement intermédiaire et/ou à technicité particulière	<i>Adjoints gestionnaires d'un établissement hors 4ème ou 4ème exceptionnelle. Autres agents comptables que groupes 1 et 2</i>	Cat Fin 3 à 1	7 140,00 €	9 996,00 €	11 118,00 €	6 069,00 €	8 160,00 €	9 384,00 €
	<i>Fondés de pouvoir</i>							
	<i>En rectorat : chefs de petits bureaux</i> <i>En DSDEN : chefs de bureaux</i> <i>Chargé d'études à forte expertise et responsabilités</i>							
Groupe 4 - Fonctions usuelles	<i>Chargé de gestion</i>		5 202,00 €	5 610,00 €	6 018,00 €	4 080,00 €	4 590,00 €	5 202,00 €
	<i>Chargé de gestion</i>							
	<i>Chargé d'études</i>							



Délégation académique
aux relations
européennes, internationales
et à la coopération (DAREIC)

Échanges scolaires internationaux

Demande de
subvention
année civile 2020

Ann

Établissement privé français demandeur

Nom :

Adresse :

Tel :

Mail :

Appariement : oui non en cours

N° d'appariement :

Label Euroscol : oui non en cours

Date de labellisation :

Professeur coordinateur

Nom :

Mail :

Etablissement partenaire

Nom :

Adresse :

Pays :

Région :

Titre du projet :

Dates du séjour à l'étranger

/ / 2020

Dates de l'accueil

/ /

Elèves français

Niveaux concernés : Nombre d'élèves :

Elèves de sections européennes : oui non

si oui, combien ? :

Elèves de classe bilangue : oui non

si oui, combien ? :

L'homogénéité d'un niveau est un critère essentiel de validité de l'échange.

Organisation du voyage

Nombre d'accompagnateurs prévu :

(Recommandations: école - collège : un accompagnateur pour 12 élèves ; lycée : un accompagnateur pour 15 élèves ; deux accompagnateurs au minimum quel que soit le groupe)

Mode d'hébergement prévu :

Mode de transport prévu :

Projet d'établissement

Précisez l'axe du projet dans lequel cette action s'inscrit :

Éléments budgétaires (rappel)

Coût total du projet d'échange :

Subvention demandée au rectorat (aide au déplacement des élèves français):

Ce dossier est à envoyer au Rectorat – DAREIC, 92 rue de Marseille BP 7227 69354 Lyon Cedex 07 – avant le :

31 janvier 2020

Merci de joindre à votre demande une page de présentation de votre projet :

- contexte du partenariat, objectifs à atteindre ;
- contenu du projet (programme, itinéraire, thème, actions prévues, productions envisagées) ;
- disciplines concernées par le projet ;
- évaluation (préciser les indicateurs retenus).

Budget prévisionnel

Afin de limiter la participation des familles, il est conseillé de rechercher tous les cofinancements envisageables : collectivités locales, associations nationales ou régionales, O.N.G., entreprises, associations de parents d'élèves, aide de l'établissement, fonds social pour les élèves défavorisés...

PRÉVISIONS DE DÉPENSES		PRÉVISIONS DE RECETTES	
Frais de transport		Collectivités locales (conseil régional, conseil général, mairie)	
Assurances		Associations, entreprises	
Dépenses d'ordre culturel et pédagogique		Participation de l'établissement	
Frais de réception et d'accueil des étrangers en France		Participation demandée aux familles	
Divers (précisez)		Autres recettes (précisez) Subvention demandée au rectorat	
TOTAL DEPENSES		TOTAL RECETTES	

Avis du Conseil d'Administration et date de réunion du CA

**Observations éventuelles et signature du Chef d'établissement
(ordre de priorité en cas de demandes multiples)**

date et signature:



Délégation académique
aux relations
européennes, internationales
et à la coopération (DAREIC)

Échanges scolaires internationaux

Demande de
subvention
année civile 2020

Ann

Établissement public français demandeur

Nom :

Adresse :

Tel :

Mail :

Appariement : oui non en cours

N° d'appariement :

Label Euroscol : oui non en cours

Date de labellisation :

Professeur coordinateur

Nom :

Mail :

Etablissement partenaire

Nom :

Adresse :

Pays :

Région :

Titre du projet :

Dates du séjour à l'étranger

/ / 2020

Dates de l'accueil

/ /

Elèves français

Niveaux concernés : Nombre d'élèves :

Elèves de sections européennes : oui non

si oui, combien ? :

Elèves de classe bilangue : oui non

si oui, combien ? :

L'homogénéité d'un niveau est un critère essentiel de validité de l'échange.

Organisation du voyage

Nombre d'accompagnateurs prévu :

(Recommandations: école - collège : un accompagnateur pour 12 élèves ; lycée : un accompagnateur pour 15 élèves ; deux accompagnateurs au minimum quel que soit le groupe)

Mode d'hébergement prévu :

Mode de transport prévu :

Projet d'établissement

Précisez l'axe du projet dans lequel cette action s'inscrit :

Éléments budgétaires (rappel)

Coût total du projet d'échange :

Subvention demandée au rectorat (aide au déplacement des élèves français):

Ce dossier est à envoyer au Rectorat – DAREIC, 92 rue de Marseille BP 7227 69354 Lyon Cedex 07 – avant le :

31 janvier 2020

Merci de joindre à votre demande une page de présentation de votre projet :

- contexte du partenariat, objectifs à atteindre ;
- contenu du projet (programme, itinéraire, thème, actions prévues, productions envisagées) ;
- disciplines concernées par le projet ;
- évaluation (préciser les indicateurs retenus).

Budget prévisionnel

Afin de limiter la participation des familles, il est conseillé de rechercher tous les cofinancements envisageables : collectivités locales, associations nationales ou régionales, O.N.G., entreprises, associations de parents d'élèves, aide de l'établissement, fonds social pour les élèves défavorisés...

PRÉVISIONS DE DÉPENSES		PRÉVISIONS DE RECETTES	
Frais de transport		Collectivités locales (conseil régional, conseil général, mairie)	
Assurances		Associations, entreprises	
Dépenses d'ordre culturel et pédagogique		Participation de l'établissement	
Frais de réception et d'accueil des étrangers en France		Participation demandée aux familles	
Divers (précisez)		Autres recettes (précisez) Subvention demandée au rectorat	
TOTAL DEPENSES		TOTAL RECETTES	

Avis du Conseil d'Administration et date de réunion du CA

**Observations éventuelles et signature du Chef d'établissement
(ordre de priorité en cas de demandes multiples)**

date et signature:

LE NOUVEAU CADRE RÉGLEMENTAIRE DES ACCIDENTS DE SERVICE ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

NOTICE EXPLICATIVE DESTINÉE A L'AGENT

Références réglementaires : - Article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983
- Décret n°2019-122 du 21 février 2019 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) dans la fonction publique de l'Etat

1 – Qui est concerné ?

Cette notice s'adresse à tous les personnels titulaires et non titulaires à temps plein, bénéficiaires d'un contrat de 12 mois gérés par le rectorat de Lyon ou par les DSDEN de l'Ain, de la Loire ou du Rhône.

Tous les agents qui sont affectés dans l'enseignement supérieur sont gérés par les universités ou les grandes écoles.



- Pour les AED ayant un contrat avec un EPLE, la décision est prise par l'établissement employeur et les factures prises en charge par l'établissement mutualisateur.
- Les personnels non titulaires bénéficiaires d'un contrat inférieur à 1 an et/ou à temps incomplet sont pris en charge par la CPAM.

2 – Comment faire ma déclaration d'accident de service, de trajet, de mission ou de maladie professionnelle ?

Un dossier accident de service ou maladie professionnelle est constitué de 2 pièces :

- **Une déclaration** d'accident de service ou de maladie professionnelle **remplie, signée et datée par l'agent.**
- **Un certificat médical initial original volet 1** établi de préférence le jour même ou le lendemain de la date de l'accident et indiquant la nature et le siège des lésions ainsi que la durée probable de l'arrêt de travail et / ou des soins.

La déclaration d'accident est à transmettre au service des accidents de services et maladies professionnelles **dans un délai maximal de 15 jours à compter de la date de l'accident**, le cachet de la poste faisant foi ou par courriel. Si ces délais prévus à l'article 47-3 du décret n°86-442 du 14 mars 1986,

n'ont pas été respectés par l'agent et s'il ne peut justifier d'un cas de force majeure, d'impossibilité absolue et de motifs légitimes, la déclaration d'accident sera rejetée.



Le dossier accident de service et maladie professionnelle ne transite plus par l'établissement de l'agent et il n'est plus revêtu du visa du supérieur hiérarchique.

L'agent adresse directement son dossier constitué de la déclaration et du certificat médical initial volet n°1 original au service de gestion, soit par voie postale, soit par courriel.

Comme pour un congé maladie ordinaire, l'agent adresse impérativement dans les 48 h à son établissement d'affectation ou à son IEN de circonscription le volet n°2 certificat médical accident du travail - maladie professionnelle.

3 - Auprès de quel service dois-je transmettre ma déclaration ?

Enseignant du premier degré public, selon mon département d'affectation

DSDEN de l'Ain
DIPER
10 rue de la Paix
BP 404
01012 Bourg-en-Bresse
ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

DSDEN de la Loire
Gestion des ressources humaines
11 rue des Docteurs Charcot
42100 Saint Etienne
ce.ia42-diatos@ac-lyon.fr

DSDEN du Rhône
DPA 2
21 rue Jaboulay
69309 Lyon cedex 07
ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr

Pour tous les autres personnels enseignants et non enseignants de l'académie

Rectorat de l'académie de Lyon
DBF 4
92 rue de Marseille BP 7227
69354 Lyon cedex 07
dbf4@ac-lyon.fr

4 - La prise en charge des frais et honoraires médicaux

Dès que votre supérieur hiérarchique aura connaissance de l'accident, il pourra vous délivrer un « certificat de prise en charge » des frais d'accident afin de vous éviter d'en faire l'avance auprès des prestataires de santé (médecin, hôpital, pharmacien, auxiliaires médicaux...). Les frais seront directement payés aux différents prestataires par l'administration.

Si vous avez avancé des frais et que l'accident est reconnu imputable, ils vous seront remboursés.

Il vous faudra joindre : l'(les)original(aux) de(s) la facture(s) acquittée(s)
Une copie de la carte nationale d'identité ou du passeport
Une copie du livret de famille
Un relevé d'identité bancaire ou postal

Vous ne devez envoyer aucune demande de remboursement à votre caisse de sécurité sociale ou à une mutuelle. **La carte vitale ne doit pas être utilisée.**



Le « certificat de prise en charge » n'engage pas l'administration quant à l'imputabilité de l'accident. En conséquence, s'il s'avère suite à l'instruction du dossier, que l'accident n'est pas reconnu imputable au service, l'agent devra payer les frais engagés directement aux prestataires de santé.

5 - Dans quel délai l'administration doit-elle prendre une décision ?

En cas d'accident de service, de trajet ou de mission

L'administration doit se prononcer : **dans un délai de 1 mois** à compter de la date de réception du dossier complet.
dans un délai de 4 mois à compter de la date de réception du dossier complet, s'il y a la nécessité de diligenter une expertise médicale auprès d'un médecin agréé ou en cas d'enquête administrative pour la production de pièces complémentaires.

En cas de maladie professionnelle

L'administration doit se prononcer : **dans un délai de 2 mois** à compter de la date de réception du dossier complet et si la maladie professionnelle est inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale.
dans un délai de 5 mois à compter de la date de réception du dossier complet, s'il y a la nécessité de diligenter une expertise médicale auprès d'un médecin agréé ou en cas d'enquête administrative pour la production de pièces complémentaires.

6 - La période durant laquelle je suis en congé d'invalidité temporaire imputable au service (CITIS)

La notification, par l'administration, d'une décision reconnaissant l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, place l'agent en situation de CITIS (congé d'invalidité temporaire imputable au service).

L'agent perçoit, durant cette période, l'intégralité de son traitement, de l'indemnité de résidence, du supplément familial de traitement ainsi que des primes et indemnités afférentes à son grade et à l'échelon auquel il est parvenu.

Comme indiqué dans la partie 4, les frais de santé sont tous ceux qui sont réalisés pour traiter les conséquences sur l'état de santé de l'agent de l'accident ou de la maladie dont il est atteint, à la double condition :

- que ces conséquences soient effectivement rattachées à l'accident ou à la maladie reconnu imputable au service.
- que ces frais soient directement liés au traitement de ces conséquences.

Ces frais sont pris en charge dès que la décision de placer l'agent en CITIS est prise. Lorsque l'agent a engagé de tels frais dans l'attente de la décision de l'administration, ils lui sont alors remboursés.

Les frais sont pris en charge jusqu'à ce que l'agent soit guéri ou consolidé.



* Au-delà d'une période de 6 mois de CITIS, l'agent peut être convoqué pour une expertise auprès d'un médecin agréé et il ne peut pas s'y soustraire.

* Lorsqu'un fonctionnaire est en CITIS depuis plus de 12 mois consécutifs, son poste peut être déclaré vacant.

7 – Je sors du CITIS

La stabilisation de l'état de santé de l'agent peut prendre différentes formes :

- guérison totale avec retour à l'état antérieur à l'accident ou la maladie.
- consolidation, ou guérison partielle avec des séquelles liées à l'accident ou la maladie.

- incapacité permanente de continuer toute fonction.

La consolidation correspond à un état de santé stabilisé qui a atteint un stade auquel il ne peut plus s'améliorer et ne nécessite plus de soins en dehors de soins d'entretien visant à ce qu'il ne se dégrade pas.

En conséquence, lorsque l'agent est guéri ou que les lésions résultant de l'accident de service, de l'accident de trajet ou de la maladie professionnelle sont stabilisées, le fonctionnaire transmet un certificat final de guérison ou de consolidation. Un médecin agréé mandaté par l'administration pour expertiser un agent peut produire aussi ce type de conclusions.



Il peut arriver qu'un agent en CITIS développe une pathologie qui n'est pas en lien avec l'accident ou la maladie professionnelle. L'agent peut être déclaré guéri ou consolidé et rester en congé maladie ordinaire au titre de cette nouvelle pathologie.

La déclaration de rechute :

La rechute d'un accident se caractérise par la récurrence ou l'aggravation subite et naturelle de l'affection initiale après sa consolidation, sans intervention d'une cause extérieure.

La déclaration de rechute est effectuée par l'agent dans les mêmes conditions qu'une déclaration initiale. A partir de la constatation médicale, le délai de transmission de la déclaration auprès de l'administration est de 1 mois.



Le « certificat de prise en charge » des frais d'accident n'est pas remis en cas de rechute tant que l'imputabilité de la rechute n'est pas établie, l'agent devra avancer les frais et en demander le remboursement auprès du service chargé de la gestion des accidents de service.

L'inaptitude définitive : reclassement et retraite pour invalidité :

- Lorsque la stabilisation de l'état de santé de l'agent conduit à un constat d'inaptitude permanente et définitive à continuer d'exercer ses fonctions, le fonctionnaire est reclassé si son état de santé lui permet d'exercer des fonctions relevant d'un autre grade ou corps de la fonction publique de l'Etat.
- Lorsque l'agent est définitivement inapte à toutes fonctions et à tout reclassement, il est radié des cadres et admis à la retraite pour invalidité.



Le constat d'inaptitude définitive peut intervenir dans le cadre d'une contre visite sur demande de l'employeur à tout moment ou de l'expertise annuelle obligatoire au-delà de 6 mois de CITIS.

8 – Je suis en mobilité

Accident ou maladie pendant la mobilité :

Si un agent a un accident ou une maladie pendant sa mobilité, et, pour la maladie, si elle est liée à l'activité professionnelle exercée pendant cette mobilité, **il doit faire une déclaration auprès de son employeur d'accueil** qui prendra en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS ainsi que les frais et honoraires médicaux liés à l'accident ou à la maladie.

Accident ou maladie avant la mobilité :

- Si la maladie survient pendant sa mobilité et si elle est liée à son activité professionnelle antérieure à cette mobilité, sa déclaration est à faire auprès de son employeur d'accueil qui prendra l'attache de l'employeur auprès duquel il exerçait ses fonctions à l'origine de sa maladie. Au terme de l'instruction, si l'imputabilité au service de cette maladie est reconnue, l'employeur d'accueil prend la décision de reconnaissance et prend en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS, ainsi que les frais et honoraires médicaux.

- En cas d'accident, il convient d'appliquer les mêmes règles.



Dans ces deux cas, les délais d'instruction seront de 5 mois pour la maladie et de 4 mois pour l'accident.

Rechute liée à un accident ou une maladie reconnu par un autre employeur :

Si l'agent a été victime, avant sa mobilité et en tant que fonctionnaire, d'un accident ou d'une maladie reconnu imputable au service, il peut, en cas de rechute durant sa mobilité, bénéficier d'un CITIS.

Sa déclaration sera à transmettre à son employeur d'accueil qui prendra l'attache de l'employeur ayant pris en charge l'accident ou la maladie. Au terme de l'instruction, si la rechute est reconnue imputable à l'accident ou la maladie d'origine, son employeur d'accueil le placera en CITIS et prendra en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS ainsi que les frais et honoraires médicaux.



Dans ce cas, les délais d'instruction seront de 5 mois pour la maladie et de 4 mois pour l'accident.

Mobilité dans un emploi ne conduisant pas à une pension :

En cas d'accident ou de maladie durant une période de disponibilité, l'agent ne peut pas bénéficier des dispositions de l'article 21 bis de la loi du 13 juillet 1983.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le recteur de la région académique
Auvergne-Rhône-Alpes,
Recteur de l'académie de Lyon,
Chancelier des universités



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Rectorat

Direction des examens et
concours (DEC)

94 rue Hénon
BP 64571

69244 Lyon CEDEX 04

www.ac-lyon.fr

Vu le code de l'éducation (partie réglementaire) et notamment le titre III du livre III ;

Vu les arrêtés du 15 septembre 1993 modifiés relatifs aux épreuves des baccalauréats général et technologique ;

Vu le décret n° 2018-614 du 16 juillet 2018 modifiant les dispositions du code de l'éducation relatives aux enseignements conduisant au baccalauréat général et aux formations technologiques conduisant au baccalauréat technologique

Vu l'arrêté du 8 janvier 1980 relatif aux dates d'ouverture et de clôture des registres d'inscription aux épreuves des baccalauréats ;

ARRETE

Article 1^{er} : Les registres des inscriptions aux épreuves anticipées et aux épreuves se déroulant en classe de première des baccalauréats général et technologique seront ouverts du **18 novembre au 6 décembre 2019 à 12 heures (heure de Paris)**.

Article 2 : La période d'ouverture des registres d'inscription aux épreuves anticipées et aux épreuves se déroulant en classe de première du baccalauréat général est également applicable aux centres étrangers rattachés à l'académie de Lyon.

Article 3 : Seuls seront définitivement inscrits les candidats ayant retourné la confirmation d'inscription accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives demandées avant le 31 décembre 2019.

Article 4 : Seuls pourront être admis à subir les épreuves de remplacement des baccalauréats général et technologique, les candidats régulièrement inscrits dans les délais fixés aux articles précédents du présent arrêté, sous réserve qu'ils remplissent les conditions prévues aux articles D334-19 (baccalauréat général) et D336-18 (baccalauréat technologique) du code de l'éducation.

Article 5 : Seuls seront pris en compte, après décision pédagogique du conseil de classe, les changements d'option, de spécialité et ou de statut pour les candidats scolaires communiqués à la direction des examens et concours avant le vendredi 27 mars 2020.

Article 6 : Le secrétaire général de l'académie de Lyon est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lyon, le 21 Octobre 2019

Olivier Dugrip

Fiche de correspondance fonctions/montants-cibles
 CARTOGRAPHIE DES FONCTIONS
 CORPS DES ADJOINTS ADMINISTRATIFS DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR *

Groupe de fonctions	Fonctions académiques	ADJENES C1	ADJENES C2	ADJENES C3
Groupe 1 - Coordination - Responsabilités particulières	<i>Régisseur d'avances ou de recettes</i>	3 488,00 €	3 520,00 €	3 552,00 €
	<i>Assistants SGA SG-DSDEN-Cabinet</i>			
	<i>Chargés de gestion particulièrement lourde ou expertise et technicité</i>			
Groupe 2 - Fonctions usuelles	<i>Secrétaire - Assistant</i>	2 900,00 €	2 921,00 €	2 943,00 €
	<i>Chargé de gestion</i>			

* modifié par décret n° 2016-580 du 11 mai 2016

Fiche de correspondance fonctions/montants-cibles
 CARTOGRAPHIE DES FONCTIONS
 CORPS DES CTSS

Groupe de fonctions	Fonctions types	Fonctions académiques	
Groupe 1	- emplois de CASAE - Fonctions de CTSS auprès des recteurs, DASEN ou directeurs d'établissement public - fonctions de CTSS en services centraux	Fonctions de CTSS auprès de la rectrice ou des DASEN	8 240,00 €
Groupe 2	- CTSS sur fonctions de coordination d'équipes, de soutien technique ou sur dossiers transversaux - CTSS sur fonctions d'adjoint aux conseillers techniques auprès des recteurs, des DASEN ou des directeurs d'établissement public	Autres CTSS	6 077,00 €

Fiche de correspondance fonctions/montants-cibles
 CARTOGRAPHIE DES FONCTIONS
 CORPS des ASS

Groupe de fonctions	Fonctions types	Fonctions académiques	ASS CN	AS CS
Groupe 1	ASS non classées en groupe 2			
Groupe 2	ASS auprès des élèves, d'étudiants ou de personnels (en EPLE, en établissement public, sur secteur, en services académiques ou en services centraux)	ASS auprès des élèves, d'étudiants ou de personnels (en EPLE, sur secteur, en services académiques)	4 056,00 €	4 368,00 €

Fiche de correspondance fonctions/montants-cibles
 CARTOGRAPHIE DES FONCTIONS
CORPS DES MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE

Groupe de fonctions	Fonctions académiques	2° classe	1° classe et hors classe
Groupe 1	Médecins de l'Education nationale sur secteurs d'intervention, exerçant des fonctions de coordination (coordonnateurs de bassins)	8 652 €	8 961 €
Groupe 2	Médecins de l'Education nationale sur secteurs d'intervention	8 240 €	8 652 €

Fiche de correspondance fonctions/montants-cibles
 CARTOGRAPHIE DES FONCTIONS
EMPLOIS DE MEDECINS CONSEILLERS TECHNIQUES

Groupe de fonctions	Fonctions académiques	
Groupe 1	MEN-CT de la rectrice	11 485 €
Groupe 2	MEN-CT responsables départementaux de la Loire et du Rhône	10 815 €
Groupe 3	MEN-CT responsable départemental de l'Ain	10 815 €
Groupe 4	MEN-CT adjoint (Rhône)	9 785 €

Fiche de correspondance fonctions/montants-cibles
 CARTOGRAPHIE DES FONCTIONS
 CORPS DES SECRÉTAIRES ADMINISTRATIFS DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Groupe de fonctions	Fonctions académiques	LOGE EN EPLE					
		SAENES CN	SAENES CS	SAENES CE	SAENES CN	SAENES CS	SAENES CE
Groupe 1 - Fonctions d'encadrement et/ou à responsabilités particulières	<i>Adjoint gestionnaire d'EPL</i>				3 536,00 €	3 952,00 €	4 368,00 €
	<i>Chefs de bureau</i>	5 304,00 €	5 824,00 €	6 344,00 €			
	<i>Fonctions administratives complexes et/ou exposées</i>						
Groupe 2 - Fonctions d'encadrement ou à technicité particulière							
	<i>Chefs de sections</i>	4 784,00 €	5 304,00 €	5 720,00 €			
	<i>Postes à technicité particulière en services et en EPL</i>				3 068,00 €	3 380,00 €	3 640,00 €
Groupe 3 - Fonctions usuelles	<i>Chargé de gestion - Assistant - Secrétaire</i>	4 316,00 €	4 628,00 €	4 992,00 €	2 912,00 €	3 172,00 €	3 380,00 €



CRÉDIT SOCIAL DES FONCTIONNAIRES

VENEZ NOUS RENCONTRER

POUR VOS PROJETS DÉCOUVREZ NOS SOLUTIONS DE CRÉDIT, D'ASSURANCE & D'ÉPARGNE



Dans notre AGENCE DE LYON

8, cours Lafayette • 69003 Lyon

04 91 29 61 60

(coût d'un appel local)

Du lundi au samedi

Dans notre AGENCE DE GRENOBLE

14 Avenue Félix Viallet • 38000 Grenoble

04 76 86 63 23

(coût d'un appel local)

Du lundi au samedi

Et dans nos POINTS CONSEILS :

- BOURG-EN-BRESSE**
Maison de la Vie Associative
2, Bd. Irène Joliot Curie • 01000 Bourg-en-Bresse
- BRIGNAIS**
Terraditta Business Center - Bureau B2
287, rue Thimonnier • 69530 Brignais
- BRON**
62, avenue Camille Rousset • 69500 Bron
- CLERMONT-FERRAND**
2, avenue Julien • 63000 Clermont-Ferrand
- PONT-ÉVÊQUE**
Mairie - Place Claude Barbier • 38780 Pont-Évêque
- VILLEFRANCHE-SUR-SAÔNE**
90, route de Frans • 69400 Villefranche-sur-Saône

Et dans nos POINTS CONSEILS :

- ANNECY**
Immeuble le Veronese
11 Avenue d'Aléry • 74000 Annecy
- BOURGOIN - JALLIEU**
6, rue Dr. Polosson • 38300 Bourgoin-Jallieu
- CHAMBÉRY**
7, rue François Charvet • 73000 Chambéry
- MONTELMAR**
Maison de la Vie Associative
Maison des Services Publics
1, av. Saint-Martin • 26200 Montélimar
- VALENCE**
15, rue Paul Bert • 26000 Valence

UN CRÉDIT VOUS ENGAGE ET DOIT ÊTRE REMBOURSÉ. VÉRIFIEZ VOS CAPACITÉS DE REMBOURSEMENT AVANT DE VOUS ENGAGER.



CRÉSERFI

Société de financement du CSF
Caution / Crédits

Rendez-vous sur **CSF.FR**

Le Crédit Social des Fonctionnaires est une association loi 1901, siège social : 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 Paris cedex 09. Pour adhérer au CSF et profiter de tous les services et avantages sélectionnés pour vous, il suffit d'acquiescer un droit d'entrée unique et une cotisation annuelle (tarifs en vigueur consultables sur le www.csf.fr).

Les formules de crédit sont proposées par CRÉSERFI, la société de financement du CSF. CRÉSERFI, SA au capital de 56 406 136 € - RCS Paris B 303477319 - Siège social : 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris - intermédiaire d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le N° 07 022 577 (www.orias.fr).

Les solutions d'assurance sont proposées par CSF Assurances - SARL de courtage d'assurances du CSF au capital de 450 000 € - Siège social : 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 Paris cedex 09 - RCS Paris B 322 950 148 - courtier d'assurances inscrit à l'ORIAS sous le n° 07 008 834 (www.orias.fr).

Les formules d'épargne, de prévoyance et d'immobilier locatif sont distribuées par PROGRETIS - SARL au capital de 5 000 000 € - Siège social : 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris - R.C.S : 509 364 972 Paris - Enregistrée à l'ORIAS sous le N° 09 050 053 (www.orias.fr) en qualité de courtier d'assurance ou de réassurance, conseiller en investissement financier, et d'IOBSP. Enregistrement au fichier des Conseillers en Investissement Financiers sous le N° E001730. Activité de transactions sur immeubles et fonds de commerce avec possibilité de recevoir des fonds : Carte N° CPI 7501 2018 000 034 184 délivrée par la CCI de Paris Île-de-France. Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière : police n° 780047-010 souscrite auprès de Liberty Mutual Insurance Europe Limited conformément aux exigences réglementaires du Code des Assurances, du Code Monétaire et Financier et de la loi Hoguet.

GRUPE CSF : SERVICES AUX ADHÉRENTS • CRÉDITS • ASSURANCES • ÉPARGNE

Crédit Social des Fonctionnaires, association / CRÉSERFI, société de financement du CSF / CSF Assurances, société de courtage d'assurance du CSF / PROGRETIS, société de conseil en gestion de patrimoine du CSF.

Faites le plein d'activités

VACANCES & VOYAGES : un large choix de destinations

- > En France ou à l'étranger
- > En groupe ou pour les particuliers, Voyages sur mesure
- > Voyages solidaires

Locations :

- > Campings, appartements, résidences, mobil home...

Sorties à la journée

- > Culturelles, sportives, multi-activités...

LOISIRS ET SPORTS

- > Parcs d'aventures, randonnées, piscines, bien-être, activités sportives...

BILLETTERIE & CULTURE

- > Spectacles, concerts, festivals, parcs de loisirs, parcs à thèmes, parcs animaliers, cinémas, théâtres, cafés théâtres, musées...

ARBRES DE NOËL

- > Spectacles inter-CE déjà existants ou spectacles spécifiques

NEIGE

- > Forfaits de ski (piste et fond)
- > Séjours neige insolites (Journée multi-activités dans un tipi, igloo ...)

PROJETS SOLIDAIRES ET CULTURELS

- > Festivals de cinéma, du livre, initiative de solidarité « Pour une Montagne solidaire », etc.

Comment obtenir la Carte Loisirs ?

Pour obtenir leur Carte Loisirs, les familles devront prendre contact avec l'association départementale de proximité les concernant, et présenter un justificatif de leur appartenance à la fonction publique d'état (bulletin de salaire/pension ou attestation mentionnant le code ministère).



Pour les Agents et les Retraités de la Fonction Publique d'État en Auvergne Rhône-Alpes

La Section Régionale Interministérielle d'Action Sociale (SRIAS) en Auvergne Rhône-Alpes adhère au réseau régional ANCAV-SC CARTE LOISIRS, associations interprofessionnelles des comités d'entreprise et assimilés.

Grâce à cette adhésion, tous les agents (actifs et retraités) de la fonction publique d'état d'Auvergne-Rhône-Alpes et leurs familles peuvent profiter des activités proposées par le réseau Carte Loisirs régional et national.

Pour bénéficier de tous ces avantages, il leur suffit d'avoir la Carte Loisirs !

Tarifs Carte Loisirs - SRIAS

- > **Familiale (parents + enfants à charge moins de 25 ans) : 27 €** au lieu de 41 €
- > **Couple (ou 1 adulte + 1 enfant) : 23 €** au lieu de 38 €
- > **Individuelle : 19 €** au lieu de 33 €

Réseau régional

AIN

T.L.R.A.

33 Grande rue
01 300 **BELLEY**
Tél. 04 79 81 23 07
tourisme-loisirs-belley@wanadoo.fr

DRÔME / ARDÈCHE

A.L.T.S.

Maison des syndicats
1^{er} étage
17 rue Georges Bizet
26 000 **VALENCE**
Tél. 04 75 75 42 85
dromeardeche@alts.asso.fr

RHÔNE / LOIRE

A.L.T.S.

27, rue Saint-Jérôme
69 007 **LYON**
Tél. 04 78 58 92 14
accueil@alts.asso.fr

SAVOIE

SAVATOU

29, avenue Jean Jaurès
73 007 **CHAMBERY**
Tél. 04 79 96 30 73
contact@savatou.fr

SAVATOU

31 avenue Jean Jaurès
73 206 **ALBERTVILLE**
Tél. 04 79 32 01 25
albertville@savatou.fr

SAVATOU (permanence)

Centre Louis Armand
2^{ème} étage
Place du Champ de Foire
73 300 **ST JEAN de MAURIENNE**

HAUTE-SAVOIE

L.C.E.74

12, rue de la République
74 006 **ANNECY**
Tél. 04 50 51 59 86
contacts@lce74.com

ISÈRE

SAVATOU

Campus St Martin d'Hères
Le Carreau Rive Gauche
Bât. K - 1^{er} étage
1102, avenue Centrale
38 400 **ST MARTIN D'HERES**
Tél. 04 76 71 15 15
isere@savatou.fr

SAVATOU (permanence)

Bourse du Travail
Place Jacques-Antoine Gau
38 500 **VOIRON**
Tél. 06 37 62 04 53
isere@savatou.fr

A. L. T. S (permanence)

27 rue Bovier Lapierre
38 300 **BOURGOIN-JALLIEU**
Tél. 04 74 28 82 12
accueil@alts.asso.fr

AUVERGNE

T.L.C. AUVERGNE

63 000 **CLERMONT-FERRAND**
Permanence en cours de
création.

*En attendant, vous pouvez
contacter SAVATOU à Saint
Martin d'Hères pour obtenir
vos Cartes Loisirs.*



Plus d'infos :

www.carteloisirs-auvergnerhonealpes.fr

La Carte Loisirs

En bref...

» L'ADHESION A UN RESEAU D'ASSOCIATIONS DE TOURISME ET DE LOISIRS

- Une carte **nationale** multi-activités pour chaque membre de la famille.
- Valable du **1^{er} novembre** au **31 octobre**.
- Accès à toutes les activités proposées par toutes les associations du réseau national de l'ANCAV-SC.

- Jusqu'à **40 % de réduction** sur plusieurs milliers d'avantages sur les activités proposées par le réseau, dont près de 90% sur présentation de la Carte Loisirs directement chez le partenaire ou le prestataire.

» DES AVANTAGES NEIGE

- Jusqu'à **40 % de réduction** sur les forfaits de ski dans près de 150 stations des Alpes.
- Un badge multi-stations rechargeable sur internet (Mont'Pass)

- » **UNE ASSURANCE** pour les activités sportives et de loisirs.

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné (e) :

Fonction :

Certifie que

A été victime d'un accident de service le

L'intéressé(e) :

Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire), relève de l'article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Agent non titulaire de l'Etat, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,

Maitre à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9, et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.

Fait à _____, le _____

Signature et timbre du supérieur hiérarchique :

NB : Ce certificat est remis à l'intéressé(e) à titre provisoire. Il ne lie pas l'administration qui statuera sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an), ni aux AED et ni aux AESH.

INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour qu'il soit dispensé de l'avance des frais.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent pas demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

EN AUCUN CAS LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

Les factures de frais médicaux doivent être transmises en original par voie postale directement à l'adresse suivante :

DSDEN de l'Ain
DIPER
(Division des personnels enseignants du 1^{er} degré public)
Service des accidents de travail
10 rue de la Paix
BP 404
01012 BOURG-EN-BRESSE

et doivent être OBLIGATOIREMENT accompagnées des prescriptions médicales, d'un RIB, du N°SIRET pour les professionnels de santé ou de la copie du livret de famille et de la copie de la CNI (ou passeport) pour les agents.

Pour toutes informations complémentaires concernant les remboursements, vous pouvez contacter le service chargé de la gestion des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles :

Mme Karine Ballet 04-74-45-58-46

Mme Michèle Fadel 04-74-45-58-86

Pour toute correspondance par courriel : ce.ia01-diper@ac-lyon.fr



DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre
au bureau des accidents de service,

Par courrier **DSDEN de l'Ain,** **ou par courriel** **ce.ia01-diper@ac-lyon.fr**
DIPER
10 rue de la paix
BP 404
01012 Bourg En Bresse

dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1, indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident, ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

**△ Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail △
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE)

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est à dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.)

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aigüe, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Document à transmettre par voie postale à la DSDEN de l'Ain, DIPER - 10 rue de la Paix - BP 404 - 01012 Bourg en Bresse ou par courriel à l'adresse ce.ia01-diper@ac-lyon.fr
N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

Métier / Fonction : Date d'entrée dans le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (*si différents, à expliquer*) :

Lieu précis de l'accident :

Préciser s'il s'agit : (*plusieurs réponses possibles*)

- Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de restauration habituel Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
- Lieu de télétravail
- Accident de circulation routière (*à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette...*)

Activité de la victime lors de l'accident (*Environnement – bureau, escalier, route,,,-et tâche exécutée*) :

Description et nature de l'accident (*ex : chute, agression, collision...*) :

Objet dont le contact a blessé la victime :

Témoins OUI NON *(En l'absence de témoin, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)*

Nom, Prénom, qualité *(et adresse si externe à l'administration)* :

Accident causé par un tiers : OUI NON

Nom, prénom, adresse du tiers *(si connu)* :

Société d'assurance du tiers *(si connu)* :

Pièces jointes : Certificat médical *(obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)*

Témoignages écrits Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Dépôt de plainte Constat amiable Ordre de mission Bulletin d'hospitalisation

Plans *(pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ (D) et l'arrivée (A), le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)*

Autres *(à préciser)*

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT :

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

Nature des lésions médicalement constatées :

Plaie et blessure Fracture Luxation, entorse, foulure

Amputation Commotion, traumatisme Brûlure, gelure

Empoisonnement, infection Asphyxie, noyade Choc

Effets de température, de lumière, de radiations Effets du bruit, des vibrations, de la pression Blessures multiples

Autres *(à préciser)* :

Siège des lésions *(préciser le ou les membres atteints)* :

Je soussigné (prénom et nom) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous – même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre

Par courrier **DSDEN de l'Ain** **ou par courriel** **ce.ia01-diper@ac-lyon.fr**
DIPER
10 rue de la Paix
BP 404
01012 Bourg en Bresse

Une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie ;
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle.
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

**△ Si la maladie entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail △
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

Article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).
3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu, la période d'exposition (du...au...)

Fiche d'exposition au risque : (article L. 4163-1 du code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrite au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles

Document à compléter et à transmettre par voie postale à la DSDEN de l'Ain – DIPER – 10 rue de la Paix – BP 404 – 01012 Bourg en Bresse
ou par courriel à l'adresse : ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle
volet n°1

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

Métier / Fonction : Date d'entrée dans le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Désignation de la maladie :

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R, 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code :

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (*s'il est connu*) :

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (*environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.*)

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (*machine, appareil, produit...*)

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquez les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration.

Date de la première constatation médicale de la maladie :

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du au

du au

du au

Attestation de témoins éventuels : OUI NON

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

Pièces jointes : Certificat médical obligatoire Témoignages

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

Pli confidentiel - secret médical *(à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel - secret médical »)*

examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

autres documents médicaux *(copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister)*

Je soussigné (prénom et nom) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné (e) :

Fonction :

Certifie que

A été victime d'un accident de service le

L'intéressé(e) :

Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire), relève de l'article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Agent non titulaire de l'Etat, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,

Maitre à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9, et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.

Fait à _____, le _____

Signature et timbre du supérieur hiérarchique :

NB : Ce certificat est remis à l'intéressé(e) à titre provisoire. Il ne lie pas l'administration qui statuera sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an), ni aux AED et ni aux AESH.

INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour qu'il soit dispensé de l'avance des frais.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent pas demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

EN AUCUN CAS LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

Les factures de frais médicaux doivent être transmises en original par voie postale directement à l'adresse suivante :

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire

DIATOS

11, rue des docteur Charcot

42023 SAINT-ETIENNE CEDEX

et doivent être **OBLIGATOIREMENT** accompagnées des prescriptions médicales, d'un RIB, du N°SIRET pour les professionnels de santé ou de la copie du livret de famille et de la copie de la CNI (ou passeport) pour les agents.

Pour toutes informations complémentaires concernant les remboursements, vous pouvez contacter le service chargé de la gestion des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles :

M. Loïc GANDIN : 04.77.81.41.75.

Pour toute correspondance par courriel : ce.ia42-diatos@ac-lyon.fr



DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre
au bureau des accidents de service,

Par courrier

**DSDEN de la Loire,
Gestion des ressources humaines
11 rue des Docteurs Charcot
42100 Saint Etienne**

ou par courriel

ce.ia42-diatos@ac-lyon.fr

dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1, indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident, ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

**△ Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail △
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE)

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est à dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.)

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aïgue, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



**Document à transmettre par voie postale à la DSDEN de la Loire, Gestion des ressources humaines – 11 rue des Docteurs Charcot – 42100 Saint Etienne
ou par courriel à l'adresse ce.ia42-diatos@ac-lyon.fr
N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1**

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

Métier / Fonction : Date d'entrée dans le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (*si différents, à expliquer*) :

Lieu précis de l'accident :

Préciser s'il s'agit : (*plusieurs réponses possibles*)

- Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de restauration habituel Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
- Lieu de télétravail
- Accident de circulation routière (*à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette...*)

Activité de la victime lors de l'accident (*Environnement – bureau, escalier, route,,,-et tâche exécutée*) :

Description et nature de l'accident (*ex : chute, agression, collision...*) :

Objet dont le contact a blessé la victime :

Témoins OUI NON (En l'absence de témoin, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

Nom, Prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

Accident causé par un tiers : OUI NON

Nom, prénom, adresse du tiers (si connu) :

Société d'assurance du tiers (si connu) :

Pièces jointes : Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)

Témoignages écrits Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Dépôt de plainte Constat amiable Ordre de mission Bulletin d'hospitalisation

Plans (pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ (D) et l'arrivée (A), le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)

Autres (à préciser)

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT :

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

Nature des lésions médicalement constatées :

Plaie et blessure Fracture Luxation, entorse, foulure

Amputation Commotion, traumatisme Brûlure, gelure

Empoisonnement, infection Asphyxie, noyade Choc

Effets de température, de lumière, de radiations Effets du bruit, des vibrations, de la pression Blessures multiples

Autres (à préciser) :

Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) :

Je soussigné (prénom et nom) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous – même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre

Par courrier

**DSDEN de la Loire
Gestion des ressources humaines
11 rue des Docteurs Charcot
42100 Saint Etienne**

ou par courriel

ce.ia42-diatos@ac-lyon.fr

Une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie ;
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle.
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

**△ Si la maladie entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail △
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

Article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).
3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu, la période d'exposition (du...au...)

Fiche d'exposition au risque : (article L. 4163-1 du code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrite au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles

Document à compléter et à transmettre par voie postale à la DSDEN de la Loire – Gestion des ressources humaines – 11 rue des Docteurs Charcot – 42100 Saint Etienne
ou par courriel à l'adresse : ce.ia42-diatos@ac-lyon.fr.

N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle
volet n°1

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

Métier / Fonction : Date d'entrée dans le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Désignation de la maladie :

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R, 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code :

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (*s'il est connu*) :

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (*environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.*)

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (*machine, appareil, produit...*)

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquez les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration.

Date de la première constatation médicale de la maladie :

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du au

du au

du au

Attestation de témoins éventuels : OUI NON

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

Pièces jointes : Certificat médical obligatoire Témoignages

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

Pli confidentiel - secret médical *(à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel - secret médical »)*

examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

autres documents médicaux *(copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister)*

Je soussigné (prénom et nom) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné (e) :

Fonction :

Certifie que

A été victime d'un accident de service le

L'intéressé(e) :

Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire), relève de l'article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Agent non titulaire de l'Etat, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,

Fait à _____, le _____

Signature et timbre du supérieur hiérarchique :

NB : Ce certificat est remis à l'intéressé(e) à titre provisoire. Il ne lie pas l'administration qui statuera sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an).

INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour qu'il soit dispensé de l'avance des frais.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent pas demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

EN AUCUN CAS LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

Les factures de frais médicaux doivent être transmises en original par voie postale directement à l'adresse suivante :

DSDEN du Rhône
Division des personnels administratifs et des affaires médico-sociales
Bureau DPA2
21, rue Jaboulay
69309 Lyon Cedex 07

et doivent être OBLIGATOIREMENT accompagnées des prescriptions médicales, d'un RIB, du N°SIRET pour les professionnels de santé ou de la copie du livret de famille et de la copie de la CNI (ou passeport) pour les agents.

Pour toutes informations complémentaires concernant les remboursements, vous pouvez contacter le service chargé de la gestion des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles :

Mme Florence Rougier - chef de bureau - 04.72.80.69.55.

Mme Denise Wullschleger 04.72.80.69.49. A à L

Mme Sandrine Ducray 04.72.80.69.48. M à Z

Pour toute correspondance par courriel : ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr



DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre
au bureau des accidents de service,

Par courrier **DSDEN du Rhône,** **ou par courriel** **ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr**
DPA 2
21 rue Jaboulay
69309 Lyon Cedex 07

dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1, indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident, ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

**⚠ Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail ⚠
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE)

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est à dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.)

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aigüe, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Document à transmettre par voie postale à la DSDEN du Rhône, DPA 2 – 21 rue Jaboulay –
69309 Lyon Cedex 07 ou par courriel à l'adresse ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr
N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie
professionnelle volet n°1

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNÉES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

Métier / Fonction : Date d'entrée dans le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (*si différents, à expliquer*) :

Lieu précis de l'accident :

Préciser s'il s'agit : (*plusieurs réponses possibles*)

- Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de restauration habituel Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
- Lieu de télétravail
- Accident de circulation routière (*à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette...*)

Activité de la victime lors de l'accident (*Environnement – bureau, escalier, route,,,-et tâche exécutée*) :

Description et nature de l'accident (*ex : chute, agression, collision...*) :

Objet dont le contact a blessé la victime :

Témoins OUI NON *(En l'absence de témoin, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)*

Nom, Prénom, qualité *(et adresse si externe à l'administration)* :

Accident causé par un tiers : OUI NON

Nom, prénom, adresse du tiers *(si connu)* :

Société d'assurance du tiers *(si connu)* :

Pièces jointes : Certificat médical *(obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)*

Témoignages écrits Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Dépôt de plainte Constat amiable Ordre de mission Bulletin d'hospitalisation

Plans *(pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ (D) et l'arrivée (A), le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)*

Autres *(à préciser)*

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT :

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

Nature des lésions médicalement constatées :

Plaie et blessure Fracture Luxation, entorse, foulure

Amputation Commotion, traumatisme Brûlure, gelure

Empoisonnement, infection Asphyxie, noyade Choc

Effets de température, de lumière, de radiations Effets du bruit, des vibrations, de la pression Blessures multiples

Autres *(à préciser)* :

Siège des lésions *(préciser le ou les membres atteints)* :

Je soussigné (prénom et nom) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)



DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous – même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre au bureau des accidents de service,

Par courrier

**DSDEN du Rhône
DPA 2
21 rue Jaboulay
69309 Lyon cedex 07**

ou par courriel

ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr

une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie ;
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle.
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

**△ Si la maladie entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail △
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE

Article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).
3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

COMMENT COMPLÉTER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu, la période d'exposition (du...au...)

Fiche d'exposition au risque : (article L. 4163-1 du code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrite au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles

Document à compléter et à transmettre **par voie postale** à la DSDEN du Rhône – DPA 2 – 21 rue
Jaboulay – 69309 Lyon Cedex 07
ou **par courriel** à l'adresse : ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr

N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle
volet n°1

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

Métier / Fonction : Date d'entrée dans le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Désignation de la maladie :

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R, 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code :

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (*s'il est connu*) :

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (*environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.*)

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (*machine, appareil, produit...*)

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquez les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration.

Date de la première constatation médicale de la maladie :

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du au

du au

du au

Attestation de témoins éventuels : OUI NON

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

Pièces jointes : Certificat médical obligatoire Témoignages

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

Pli confidentiel - secret médical *(à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel - secret médical »)*

examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

autres documents médicaux *(copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister)*

Je soussigné (prénom et nom) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné (e) :

Fonction :

Certifie que

A été victime d'un accident de service le

L'intéressé(e) :

Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire), relève de l'article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Agent non titulaire de l'Etat, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,

Maitre à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9, et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.

Fait à _____, le _____

Signature et timbre du supérieur hiérarchique :

NB : Ce certificat est remis à l'intéressé(e) à titre provisoire. Il ne lie pas l'administration qui statuera sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an), ni aux AED et ni aux AESH.

INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour qu'il soit dispensé de l'avance des frais.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent pas demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

EN AUCUN CAS LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

Les factures de frais médicaux doivent être transmises en original par voie postale directement à l'adresse suivante :

RECTORAT DE LYON
Direction budgétaire et financière
Bureau DBF 4
92 rue de Marseille
BP 7227
69354 LYON Cedex 07

et doivent être **OBLIGATOIREMENT** accompagnées des prescriptions médicales, d'un RIB, du N°SIRET pour les professionnels de santé ou de la copie du livret de famille et de la copie de la CNI (ou passeport) pour les agents.

Pour toutes informations complémentaires concernant les remboursements, vous pouvez contacter le service chargé de la gestion des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles :

M. David Pauloz - chef de bureau -	04.72.80.62.95.	
Mme Muriel Attar	04.72.80.61.37.	A à COL
Mme Caroline Zydowicz	04.72.80.48.88.	COM à I
Mme Valérie Bolivard	04.72.80.61.36.	J à PEQ
Mme Chantal Petitgand	04.72.80.63.88.	PER à Z
Mme Minsaala Bouakaz	04.72.80.63.34.	Facturation

Pour toute correspondance par courriel : dbf4@ac-lyon.fr



DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre
au bureau des accidents de service,

Par courrier **Bureau DBF4,** **ou par courriel** **dbf4@ac-lyon.fr**
Rectorat de Lyon
92 rue de Marseille
BP 7227
69354 Lyon cedex 07

dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1, indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident, ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

**△ Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail △
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où c'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE)

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est à dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.)

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aigüe, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Document à transmettre par voie postale au bureau DBF4, Rectorat de Lyon, 92 rue de
Marseille, BP7227, 69354 Lyon cedex 07 ou par courriel à l'adresse dbf4@ac-lyon.fr
N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie
professionnelle volet n°1**

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

Métier / Fonction : Date d'entrée dans le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (*si différents, à expliquer*) :

Lieu précis de l'accident :

Préciser s'il s'agit : (*plusieurs réponses possibles*)

- Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de restauration habituel Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
- Lieu de télétravail
- Accident de circulation routière (*à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette...*)

Activité de la victime lors de l'accident (*Environnement – bureau, escalier, route,,,-et tâche exécutée*) :

Description et nature de l'accident (*ex : chute, agression, collision...*) :

Objet dont le contact a blessé la victime :

Témoins OUI NON *(En l'absence de témoin, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)*

Nom, Prénom, qualité *(et adresse si externe à l'administration)* :

Accident causé par un tiers : OUI NON

Nom, prénom, adresse du tiers *(si connu)* :

Société d'assurance du tiers *(si connu)* :

Pièces jointes : Certificat médical *(obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)*

Témoignages écrits Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Dépôt de plainte Constat amiable Ordre de mission Bulletin d'hospitalisation

Plans *(pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ (D) et l'arrivée (A), le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)*

Autres *(à préciser)*

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT :

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

Nature des lésions médicalement constatées :

Plaie et blessure Fracture Luxation, entorse, foulure

Amputation Commotion, traumatisme Brûlure, gelure

Empoisonnement, infection Asphyxie, noyade Choc

Effets de température, de lumière, de radiations Effets du bruit, des vibrations, de la pression Blessures multiples

Autres *(à préciser)* :

Siège des lésions *(préciser le ou les membres atteints)* :

Je soussigné (prénom et nom) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous – même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre

Par courrier

**Bureau DBF4,
Rectorat de Lyon
92 rue de Marseille
BP 7227
69354 Lyon cedex 07**

ou par courriel

dbf4@ac-lyon.fr

Une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie ;
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle.
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

**△ Si la maladie entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail △
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

Article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).
3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu, la période d'exposition (du...au...)

Fiche d'exposition au risque : (article L. 4163-1 du code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrite au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles

Document à compléter et à transmettre par voie postale au bureau DBF4, Rectorat de Lyon, 92 rue de Marseille, BP7227, 69354 Lyon cedex 07 ou par courriel à l'adresse : dbf4@ac-lyon.

N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

Métier / Fonction : Date d'entrée dans le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Désignation de la maladie :

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R, 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code :

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (*s'il est connu*) :

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (*environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.*)

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (*machine, appareil, produit...*)

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquez les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration.

Date de la première constatation médicale de la maladie :

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du au

du au

du au

Attestation de témoins éventuels : OUI NON

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

Pièces jointes : Certificat médical obligatoire Témoignages

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

Pli confidentiel - secret médical (à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel - secret médical »)

examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

autres documents médicaux (copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister)

Je soussigné (prénom et nom) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)