

Articles L752-24 et D.752-65 du Code rural et de la pêche maritime

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

Nature de l'activité (1) _____ Code d'activité de l'entreprise (1) _____

N° d'immatriculation (1) _____

Nom de famille, prénoms _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Téléphone : _____

Catégorie de risque de l'exploitation : _____

Type d'accident : _____

Catégorie de risque de la victime au moment de l'accident : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ sexe (2) F M

Prénoms _____

Adresse (1) _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...)

Dans le cadre de quelle activité l'accident est-il survenu ? _____

Depuis quand cette activité est-elle exercée ? Depuis moins d'un an (2) Depuis plus d'un an (2) Précisez : _____

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? (2) Oui Non

Code statut : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'AT : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Conséquences des lésions : _____

ACCIDENT

Date de l'accident _____ Heure _____ S'agit-il d'un accident sur le lieu de travail ? (2) Oui Non

SI OUI, précisez (2) : Lieu d'exploitation Lieu de l'établissement Autres, précisez : _____

Entraide Lieu du chantier

Localité, lieu-dit _____ Lieu précis (Champs, forêt, route, bâtiment, ...)

SI NON, s'agit-il d'un accident de trajet ? (2) Oui Non

Indiquez où l'accident est survenu _____

Point de départ du trajet _____

Point d'arrivée du trajet _____

Circonstances détaillées de l'accident (1) _____

Activité et tâche de la victime (indiquez le cas échéant l'appareil, la machine, le moyen de locomotion utilisé, ...)

Siège des lésions (1) _____ Nature des lésions (1) _____

Lieu où a été transportée la victime (1) _____

Conséquences (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail hospitalisation décès

TEMOINS

| | |
|--|--|
| Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) | Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) |
| Prénoms | Prénoms |
| Adresse | Adresse |
| Code postal _____ Commune _____ | Code postal _____ Commune _____ |

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) Oui Non SI OUI, par quelle brigade ou quel commissariat ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? (2) Oui Non

Si oui, nom et adresse du tiers _____

Société d'assurance du tiers _____

Si le déclarant n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise, ou le cotisant solidaire.

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénoms _____ Qualité _____

Fait à _____ Le _____ Signature : _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

Articles L752-24 et D.752-65 du Code rural et de la pêche maritime

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

Nature de l'activité (1) _____ Code d'activité de l'entreprise (1) _____

N° d'immatriculation (1) _____

Nom de famille, prénoms _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Téléphone : _____

Catégorie de risque de l'exploitation : _____

Type d'accident : _____

Catégorie de risque de la victime au moment de l'accident : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ sexe (2) F M

Prénoms _____

Adresse (1) _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...)

Dans le cadre de quelle activité l'accident est-il survenu ? _____

Depuis quand cette activité est-elle exercée ? Depuis moins d'un an (2) Depuis plus d'un an (2) Précisez : _____

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? (2) Oui Non

Code statut : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'AT : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Conséquences des lésions : _____

ACCIDENT

Date de l'accident _____ Heure _____ S'agit-il d'un accident sur le lieu de travail ? (2) Oui Non

SI OUI, précisez (2) : Lieu d'exploitation Lieu de l'établissement Autres, précisez : _____

Entraide Lieu du chantier

Localité, lieu-dit _____ Lieu précis (Champs, forêt, route, bâtiment, ...) _____

SI NON, s'agit-il d'un accident de trajet ? (2) Oui Non

Indiquez où l'accident est survenu _____

Point de départ du trajet _____

Point d'arrivée du trajet _____

Circonstances détaillées de l'accident (1) _____

Activité et tâche de la victime (indiquez le cas échéant l'appareil, la machine, le moyen de locomotion utilisé, ...)

Siège des lésions (1) _____ Nature des lésions (1) _____

Lieu où a été transportée la victime (1) _____

Conséquences (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail hospitalisation décès

TEMOINS

| | |
|--|--|
| Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ | Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ |
| Prénoms _____ | Prénoms _____ |
| Adresse _____ | Adresse _____ |
| Code postal _____ Commune _____ | Code postal _____ Commune _____ |

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) Oui Non SI OUI, par quelle brigade ou quel commissariat ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? (2) Oui Non

Si oui, nom et adresse du tiers _____

Société d'assurance du tiers _____

Si le déclarant n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise, ou le cotisant solidaire.

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénoms _____ Qualité _____

Fait à _____ Le _____ Signature : _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

Articles L752-24 et D.752-65 du Code rural et de la pêche maritime

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

Nature de l'activité (1) Code d'activité de l'entreprise (1)

N° d'immatriculation (1)

Nom de famille, prénoms

Adresse

Code postal Commune

Téléphone :

Catégorie de risque de l'exploitation :

Type d'accident :

Catégorie de risque de la victime au moment de l'accident :

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) Date de naissance

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) sexe (2) F M

Prénoms

Adresse (1)

Code postal Commune

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...)

Dans le cadre de quelle activité l'accident est-il survenu ?

Depuis quand cette activité est-elle exercée ? Depuis moins d'un an (2) Depuis plus d'un an (2) Précisez :

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? (2) Oui Non

Code statut :

Circulation routière :

Lieu de l'AT :

Activité :

Tâche :

ACCIDENT

Date de l'accident Heure S'agit-il d'un accident sur le lieu de travail ? (2) Oui Non

SI OUI, précisez (2) : Lieu d'exploitation Lieu de l'établissement Autres, précisez :

Entraide Lieu du chantier

Localité, lieu-dit Lieu précis
(Champs, forêt, route, bâtiment, ...)

SI NON, s'agit-il d'un accident de trajet ? (2) Oui Non

Indiquez où l'accident est survenu

Point de départ du trajet

Point d'arrivée du trajet

Circonstances détaillées de l'accident (1)

Activité et tâche de la victime (indiquez le cas échéant l'appareil, la machine, le moyen de locomotion utilisé, ...)

Élément matériel :

Mouvement accidentel :

Problème :

Siège des lésions :

Nature des lésions :

Recours :

Conséquences des lésions :

Siège des lésions (1) Nature des lésions (1)

Lieu où a été transportée la victime (1)

Conséquences (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail hospitalisation décès

TEMOINS

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu)

Prénoms Prénoms

Adresse Adresse

Code postal Commune Code postal Commune

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) Oui Non SI OUI, par quelle brigade ou quel commissariat ?

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? (2) Oui Non

Si oui, nom et adresse du tiers

Société d'assurance du tiers

Si le déclarant n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise, ou le cotisant solidaire.

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu)

Prénoms Qualité

Fait à Le Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

