REGISTRE DES ACCIDENTS BENINS

*COLLECTIVITE / SERVICE*

Sont consignés dans ce registre uniquement les accidents du travail bénins qui n’entraine ni arrêt de travail, ni soins médicaux

Consulter le mode d’emploi de ce registre en page 3

Registre validé par la Formation Spécialisée en Santé, en Sécurité et en Conditions de travail des collectivités de moins de 50 agents du Doubs, le 06/07/2023

Registre ouvert le

Ce registre des accidents bénins est réservé pour la déclaration d’incident, d’accident du travail ou d’accident de trajet n’ayant entraîné ni d’arrêt de travail, ni de soins médicaux (pharmacie, radiologie, kinésithérapie, etc.).

Tout autre accident du travail ou de trajet, tout accident impliquant ou causé par un tiers, toute maladie professionnelle ou toute aggravation d’un accident bénin doit faire l’objet d’une déclaration spécifique auprès de la collectivité.

# **Comment remplir ce registre ?**

* **N°**: permet d’identifier l’événement et d’assurer le suivi des mesures de prévention prises à la suite
* **Date de déclaration**: En tant que victime vous devez déclarer l’événement le jour même.
* **Prénom, nom de la victime** : il est primordial d’inscrire son identité
* **Date et heure** : Indiquez la date et l’heure de survenue de l’accident
* **Lieu** : Indiquez le lieu précis de l’accident : batiment, nom du local, étage, etc. Si l’évènement a eu lieu à l’extérieur, indiquez le n° et le nom de la rue.
* **Circonstances détaillées** : Précisez au maximum les faits qui ont conduit à l’accident. Indiquez notamment la machine, l’appareil, l’équipement, le véhicule ou l’engin utilisé.
* **Siège des lésions**: Indiquez à quel endroit du corps vous vous êtes blessé. Préciser s’il s’agit du côté droit ou gauche.
* **Nature des lésions** : Indiquez s’il s’agit une coupure, égratignure, ecchymose (bleu), hématome (bosse ou choc violent), etc.
* **Nom et coordonnées des témoins éventuels** : un témoin est une personne qui a vu l’accident se produire. Son nom et ses coordonnées peuvent être utiles pour la constatation des faits.
* **Nom et signature du donneur de soin** : si un agent formé au secourisme a réalisé les premiers soins sur la victime, il indique son nom et signe le registre.
* **Signature de la victime** : Cette signature permet de confirmer votre déclaration et limiter les éventuels litiges qui pourraient apparaitre.
* **Observations / Visa** : Espace réservé à l’administration notamment si une déclaration d’accident du travail est établie ultérieurement. La procédure interne de la collectivité peut également prévoir un visa de la hiérarchie.

Ce registre est conservé par la collectivité. Il est tenu à disposition de :

* De la victime ou de ses ayants droits en ce qui les concerne ;
* Du conseiller ou de l’assistant de prévention (CP ou AP)
* De l’agent chargé d’inspection en santé et sécurité au travail (ACFI)
* Du médecin du travail ou de l’infirmier en santé au travail
* Des membres de la Formation Spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT) ou du Conseil Social Territorial (CST).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACCIDENTS BENINS | | | Nom et signature du donneur de soin | Signature de la victime | Observations / visa |
| Siège des lésions *(préciser s’il y a lieu droite ou gauche)* | Nature des lésions | Nom et coordonnées des témoins éventuels |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de déclaration | Prénom, Nom de la victime | ACCIDENTS BENINS | | |
| Date et heure | Lieu  *(si extérieur, préciser l’adresse)* | Circonstances détaillées  *(indiquer, le cas échéant, l’appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACCIDENTS BENINS | | | Nom et signature du donneur de soin | Signature de la victime | Observations / visa |
| Siège des lésions *(préciser s’il y a lieu droite ou gauche)* | Nature des lésions | Nom et coordonnées des témoins éventuels |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de déclaration | Prénom, Nom de la victime | ACCIDENTS BENINS | | |
| Date et heure | Lieu  *(si extérieur, préciser l’adresse)* | Circonstances détaillées  *(indiquer, le cas échéant, l’appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)* |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACCIDENTS BENINS | | | Nom et signature du donneur de soin | Signature de la victime | Observations / visa |
| Siège des lésions *(préciser s’il y a lieu droite ou gauche)* | Nature des lésions | Nom et coordonnées des témoins éventuels |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de déclaration | Prénom, Nom de la victime | ACCIDENTS BENINS | | |
| Date et heure | Lieu  *(si extérieur, préciser l’adresse)* | Circonstances détaillées  *(indiquer, le cas échéant, l’appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)* |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACCIDENTS BENINS | | | Nom et signature du donneur de soin | Signature de la victime | Observations / visa |
| Siège des lésions *(préciser s’il y a lieu droite ou gauche)* | Nature des lésions | Nom et coordonnées des témoins éventuels |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de déclaration | Prénom, Nom de la victime | ACCIDENTS BENINS | | |
| Date et heure | Lieu  *(si extérieur, préciser l’adresse)* | Circonstances détaillées  *(indiquer, le cas échéant, l’appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)* |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACCIDENTS BENINS | | | Nom et signature du donneur de soin | Signature de la victime | Observations / visa |
| Siège des lésions *(préciser s’il y a lieu droite ou gauche)* | Nature des lésions | Nom et coordonnées des témoins éventuels |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de déclaration | Prénom, Nom de la victime | ACCIDENTS BENINS | | |
| Date et heure | Lieu  *(si extérieur, préciser l’adresse)* | Circonstances détaillées  *(indiquer, le cas échéant, l’appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)* |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |