**DÉCLARATION DE TÉMOIGNAGE D’UN ACCIDENT**

Cet imprimé doit être dûment complété et signé par le témoin et joint à la déclaration d’accident de service établie par l’employeur.

**COLLECTIVITÉ** …………………………………………………………….. **CODE POSTAL** ………………………………………………………………………….

**A REMPLIR PAR LE TEMOIN**

Nom :………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..………………….

Nom patronymique :……………………………………………………………………………………………………………………….…………………….………

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………..

Adresse : …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………..

Date et lieu de naissance : le ………./………./…………… à ……………………………………………..…………………..….……………………………..

Grade : ………………………………………………………………………… Service : …………………………………………………………………………………

***Déclare avoir été témoin de l’accident dont a été victime :***

Monsieur Madame

Nom :………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..………….………

Nom patronymique :……………………………………………………………………………………………………………………….…………………….………

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………..

Date et lieu de naissance : le ………./………./…………… à ……………………………………………..…………………..….……………………………..

Grade : ………………………………………………………………………… Service : …………………………………………………………………………………

Le (date de l’accident) ………./………./…………… à (heure exacte de l’accident) ……………………………………….……………………

Lieu exact de l’accident ………………………………………………….…………………………………………………………………..………………………….

Activité du témoin et lieu de cette activité au moment de l’accident :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Précisez les circonstances de l’accident :

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Lésion corporelle constatée :

……………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cause matérielle précise de la lésion :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale, en application de l’article L. 530-1 du Code général de la fonction publique.**

Porter la mention manuscrite *« je certifie sur l’honneur l’exactitude des mentions portées ci-dessus ».*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à…………………………………….. , le……………………..

Signature du témoin