



Académie de Rouen
Direction des services départementaux de
l'éducation nationale de la Seine-Maritime
DIPAAC
Service académique
des accidents du travail
5, place des Faïenciers
76037 Rouen cedex

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)

M

Fonction

certifie que

M.....

.....

a été victime d'un accident de service ou du travail le

L'intéressé(e)¹:

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

- **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,

- **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er 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 ne peut être remis que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service ou au travail. Il ne lie pas l'Administration qui statue 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, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

¹ Rayer les mentions inutiles

INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent 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 DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

**Académie de Rouen
Direction des services départementaux de
l'éducation nationale de la Seine-Maritime
DIPAAC
Service académique des accidents du travail
5, place des Faïenciers
76037 Rouen cedex**

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants :

02.32.08.98.72 – 02.32.08.98.73 – 02.32.08.98.74 – 02.32.08.98.61 – 02.32.08.98.75

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES ET DES COORDONNEES BANCAIRES.**

↳ Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.



Académie de Rouen
Direction des services départementaux de
l'éducation nationale de la Seine-Maritime
DIPAAC
Service académique
des accidents du travail
5, place des Faïenciers
76037 Rouen cedex

VOLET RECAPITULATIF

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

Accident de service, du travail :

Survenu le <input style="width: 150px;" type="text"/> à <input style="width: 50px;" type="text"/> h <input style="width: 50px;" type="text"/>
Déclaré le <input style="width: 150px;" type="text"/>

Victime :

Nom de naissance :
Nom d'épouse :
Prénoms :
Adresse personnelle :
Corps :

Lieu d'affectation :



Académie de Rouen
 Direction des services départementaux de
 l'éducation nationale de la Seine-Maritime
DIPAAC
 Service académique
 des accidents du travail
 5, place des Faïenciers
 76037 Rouen cedex

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

Accident de service, du travail :

Survenu le	□□ □□ □□□□	à	□□ h □□
Déclaré le	□□ □□ □□□□		

Victime :

Nom de naissance :
Nom d'épouse :
Prénoms :
Adresse personnelle :
Corps :

Lieu d'affectation :

--

Date de la demande : □□|□□|□□□□ **Signature de l'agent :**

La demande de renouvellement du volet récapitulatif doit être adressée ou remise au service chargé du règlement des prestations. Cette demande de renouvellement permet à la victime d'obtenir un nouveau volet parce que le précédent a été entièrement utilisé.