

# DECLARATION D'UN ACCIDENT SCOLAIRE / PERISCOLAIRE

La déclaration doit être remplie, selon les instructions, par le bourgmestre, le directeur de l'établissement ou leur délégué, l'organisateur de l'activité périscolaire ou le responsable de gestion de l'organisme d'accueil agréé par l'Etat.

## 1. ETABLISSEMENT / ORGANISATEUR / ORGANISME

1.01 Dénomination de l'établissement d'enseignement scolaire, de l'organisateur de l'activité périscolaire ou de l'organisme d'accueil agréé par l'Etat

1.02 Adresse

1.03 Matricule auprès du Centre commun de la sécurité sociale

## 2. ASSURÉ

2.01 Nom, prénom de l'assuré

2.02 Matricule de l'assuré

2.03 Adresse de l'assuré

## 3. REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ASSURÉ

3.01 Nom, prénom du représentant légal

3.02 Matricule du représentant légal

3.03 Adresse du représentant légal

## 4. INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

4.01. Date et heure de l'accident

:  
jour / mois / année H mn

4.02. Date et heure de la déclaration au signataire repris sous 7.01

:  
jour / mois / année H mn

4.03 Heures pendant lesquelles l'assuré a fréquenté ou aurait dû fréquenter l'établissement ou l'activité le jour de l'accident

matin de / à après-midi de / à  
H mn / H mn H mn H mn

4.04 L'accident a-t-il eu lieu:

- dans le cadre de l'enseignement  
 lors d'une activité périscolaire  
 sur le trajet

En cas d'accident de la circulation :

- l'assuré se trouvait-il :

- en transport en commun  en voiture privée  autre

- l'assuré était-il :

- conducteur  passager  autre

- un constat à l'amiable a-t-il été rempli?

- Oui  Non

- un procès-verbal a-t-il été dressé?

- Oui  Non

4.05 Description détaillée de l'endroit lors de l'accident (en cas d'accident de la circulation, veuillez préciser l'endroit exact : p.ex. localité, rue, sortie de l'autoroute, etc.). En cas d'accident à l'étranger, veuillez indiquer le pays.

4.06 Veuillez préciser l'activité ou la tâche de l'assuré au moment de l'accident.

4.07 Veuillez énumérer les objets impliqués (p.ex. outils, machines, équipements pour le sport ou les jeux, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

4.08 Veuillez détailler les événements déviant du processus normal d'exécution de l'activité et ayant entraîné l'accident (p.ex. sol mouillé ou glissant).

4.09 Le cas échéant, veuillez indiquer l'autorité publique (p.ex. : Police, ITM, CGDIS, ...) qui suite à l'accident a été prévenue / était sur place :

4.10 Y a-t-il eu un (des) témoin(s) oculaire(s)?  Oui  Non Le cas échéant, nom(s) et adresse(s) du (des) témoin(s)

4.11 Nom et adresse de la personne avertie en premier

## 5. MESURES DE PRÉVENTION

5.01 Quelles étaient les mesures de prévention en place lorsque l'accident est survenu?

5.02 Quelles sont les mesures de prévention prises ou à prendre pour éviter à l'avenir un accident similaire?

## 6. CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT SELON LES RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURÉ

6.01  **Pas de lésion**, seulement dégât au véhicule automoteur -> **Veillez passer à la rubrique 7.**

6.02 **En cas de lésion**, veuillez indiquer la **nature** de la (des) lésion(s)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plaies et blessures superficielles  | <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations et de la pression                   |
| <input type="checkbox"/> Fractures osseuses  | <input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations |
| <input type="checkbox"/> Luxations, entorses et foulures   | <input type="checkbox"/> Choc (émotionnel/psychologique)                                     |
| <input type="checkbox"/> Commotions et traumatismes internes   | <input type="checkbox"/> Brûlures et gelures   |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s), veuillez indiquer: <input style="width: 500px;" type="text"/> |  |

6.03 Veuillez indiquer **la localisation** de la (des) lésion(s)

- |  |                              |                                 |                                 |
|--|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête  | Oeil (Yeux)                  | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit  |
| <input type="checkbox"/> Cou   | Épaule(s)                    | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Dos   | Bras, y compris coude(s)     | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit  |
| <input type="checkbox"/> Thorax  | Main(s)                      | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Ventre, bassin  | Jambe(s), y compris genou(x) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
|  | Pied(s)                      | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit  |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s), veuillez indiquer: <input style="width: 500px;" type="text"/> |                              |                                 |                                 |

6.04 Le cas échéant, nom et adresse du 1<sup>er</sup> médecin consulté

Date de la consultation :  Code-médecin (si connu) :

jour / mois / année

6.05 Le cas échéant, nom de l'établissement hospitalier visité

6.06 Conséquences des lésions

- Décès de l'assuré
- L'assuré n'a pas interrompu la fréquentation de l'établissement ou de l'activité
- L'assuré a interrompu la fréquentation de l'établissement ou de l'activité le

L'assuré :

- a recommandé à fréquenter l'établissement ou l'activité le
- n'a pas (re)commencé à fréquenter l'établissement ou l'activité

à : mn

jour / mois / année

jour / mois / année

## 7. SIGNATAIRE

7.01 Nom, prénom

7.02 Fonction

7.03 Numéro de téléphone

7.04  En cochant cette case, je tiens à signaler mes doutes quant à la réalité des faits. **Je m'engage à joindre une déclaration de doute détaillée.**

7.05 Lieu, date

, le

jour / mois / année

7.06 Signature du bourgmestre, du directeur de l'établissement ou de leur délégué, de l'organisateur de l'activité périscolaire ou du responsable de gestion de l'organisme d'accueil agréé par l'Etat.

Prière de remplir toutes les rubriques avant l'envoi de ce formulaire **par ordinateur** ou s'il est rempli à la main **à l'encre noire en caractères d'imprimerie**

**Tout formulaire incomplet sera retourné !**

La déclaration est à adresser à **l'Association d'assurance accident**,  
soit par courrier à l'adresse postale L-2976 Luxembourg,  
soit par fax au numéro +352 495335,  
soit par courriel au **format PDF** à l'adresse [declaration.aaa@secu.lu](mailto:declaration.aaa@secu.lu)