



DÉCLARATION D'ACCIDENT

à retourner à : gestion.accidents.df@etat.ge.ch

Nom :	Prénom :	
Adresse :		
N° postal :	Ville :	Pays :
Matricule : (8 chiffres)	Date de naissance :	jj/mm/aaaa
Département :	Service :	
Fonction :		
Date d'engagement :	jj/mm/aaa	Nombre d'heures par semaine :
Téléphone privé :	Téléphone professionnel :	
Avez-vous un autre employeur ?	non	oui
Si oui, lequel :	Nombre d'heures par semaine :	

Accident professionnel

Accident NON-professionnel

En cas d'accident NON-professionnel

Quel a été votre dernier jour de travail **AVANT** l'accident ? **Date :** _____ **Heure de départ :** _____
Etiez-vous absent pour un des motifs ci-dessous ? non oui (Si oui, veuillez cocher le motif) ^{hh:mm}
Maladie Maternité Service-militaire Vacances ou récupération d'heures Autre

VEUILLEZ COMPLETER TOUS LES POINTS CI-DESSOUS POUR TOUS TYPES D'ACCIDENTS:

Date de l'accident : _____ jj/mm/aaa Heure de l'accident : _____ hh:mm

Lieu :
Partie du corps atteinte:
(précisez droite ou gauche)
Nature de la blessure :

Circonstances :
(max 300 caractères)

Témoins :

Un rapport de police a-t-il été établi ? non oui Par quel poste de police ?

Médecin ou hôpital consulté :
(nom & adresse)

Médecin suivant le traitement:

Travail interrompu après l'accident : non oui Si oui, depuis le : _____ jj/mm/aaaa

Prière de joindre la copie du certificat médical à la présente.

En apposant **votre signature** ci-dessous, **vous autorisez** l'assureur et le Service de santé du personnel de l'Etat à échanger – sous couvert du secret médical – les renseignements collectés dans le cadre de la gestion de l'accident concerné.

Genève, le _____ Signature chef.fe de service : _____ Signature de l'accidenté.e : _____
jj/mm/aaa (en cas d'accident professionnel)