



## DÉCLARATION D'ACCIDENT

à retourner à : [gestion.accidents.df@etat.ge.ch](mailto:gestion.accidents.df@etat.ge.ch)

Nom :	Prénom:	
Adresse :		
N° postal :	Ville :	Pays :
Numéro AVS : NNS (ex. 756.1234.1234.12 - Voir carte assurance maladie)	Date de naissance :	jj/mm/aaaa
Département de l'instruction publique	Ecole :	
Fonction : Elève en école de métier non-rémunéré		
Début année scolaire :	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 :

<b>Accident professionnel</b>	<b>Accident NON-professionnel</b>	
<b><u>En cas d'accident NON-professionnel</u></b>		
Quel a été votre dernier jour de travail <b>AVANT</b> l'accident ?	Date :	Heure de départ :
Etiez-vous absent pour un des motifs ci-dessous ? non oui	(Si oui, veuillez cocher le motif	
Maladie Maternité Service-militaire	Vacances ou récupération d'heures	Autre
<b><u>VEUILLEZ COMPLETER TOUS LES POINTS CI-DESSOUS POUR TOUS TYPES D'ACCIDENTS:</u></b>		
Date de l'accident :	jj/mm/aaa	Heure de l'accident : hh:mm
Lieu :		
Partie du corps atteinte: <b>(précisez droite ou gauche)</b>		
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
<b>Prière de joindre la copie du certificat médical à la présente.</b>			

En apposant <b>vosre signature</b> ci-dessous, <b>vous autorisez</b> 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		
Genève, jj/mm/aaa	Signature du chef.fe de service : (en cas d'accident professionnel)	Signature de l'accidenté.e :