

وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 48 h. après l'accident

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° d'accident :	
Code :	

Nom, prénom :		EMFL	YEUR ———		
Raison sociale:				N° Em	ployeur ————
Secteur d'activité :					
Adresse :			L	Agence of	l'affiliation —
N° téléphone :		Nbre	. approx. de salariés de l'et	tablis, au moment de l'acci	dent :
Chantier ou lieu de tra	vail:	Com	mune :	Wilaya :	
		VICT	IME —		
Nom, prénom :					
Nom de jeune fille (s'il	l y a lieu) :		L	N° d'Imma	triculation —
Nationalité :	F	'ays d'origine :		Date de naissance :	
Qualification profession	onnelle : ⁽¹⁾		Date de recruteme	ent :	Sexe: M F (2)
		ACCI	DENT		
Date : L	Jour d	e la semaine : (2) D L I		L heur	res Minutes
	ulées depuis la prise ou la repri				
	a victime le jour de l'accident :		h. et de :	h. à:	L
)				•
	1)				
	eciser s'il y a lieu, le coté : droit				
	ées de l'accident :				
on constantes detaile					
Lieu où a été transpor	tée la victime :				
	SANS ARRÊT DE TRAVAIL				
Suite probable : ⁽²⁾	SANS ARREI DE TRAVAIL	AVEC ARRET SUPERIEUR	RA24H à compter du : L		DÉCÈS IMMÉDIAT
Suite probable : ⁽²⁾	TEMOINS	AVEC ARRET SUPERIEUR		NT CAUSÉE PAR	
			ACCIDE	NT CAUSÉE PAR	
1. Identité :	TEMOINS		ACCIDE Nom et prénom du Tiers	NT CAUSÉE PAR	UN TIERS —
1. Identité :	TEMOINS.		ACCIDE Nom et prénom du Tiers	NT CAUSÉE PAR	UN TIERS —
1. Identité :	TEMOINS		A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR	UN TIERS —
1. Identité :	TEMOINS		A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS.		A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS		A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS————————————————————————————————————	?	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance	NT CAUSÉE PAR	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS	?	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance	NT CAUSÉE PAR : du tiers:	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS————————————————————————————————————	?	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance	NT CAUSÉE PAR	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS————————————————————————————————————	?	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance	NT CAUSÉE PAR : du tiers:	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS————————————————————————————————————	? nataire	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance Fait à	NT CAUSÉE PAR : du tiers:	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS It'il été établi ? Si OUI par qui	? nataire	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance Fait à	NT CAUSÉE PAR : du tiers : , le	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS It'il été établi ? Si OUI par qui	? nataire	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance Fait à	NT CAUSÉE PAR : du tiers : , le	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS It'il été établi ? Si OUI par qui	? nataire	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance Fait à	NT CAUSÉE PAR : du tiers : , le	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS It'il été établi ? Si OUI par qui	? nataire	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance Fait à	NT CAUSÉE PAR : du tiers : , le	UN TIERS
1. Identité :	TEMOINS It'il été établi ? Si OUI par qui	? nataire	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance Fait à	NT CAUSÉE PAR : du tiers : , le	UN TIERS

LES LISTES CI-DESSOUS NE SONT DONNEES QU'A TITRE D'INFORMATION, ELLES N'EXCLUENT PAS LES PRECISIONS COMPLEMENTAIRES QUE L'EMPLOYEUR SERAIT EN MESURE DE FOURNIR

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE

Cadres, Techniciens, Agents de maîtrise. Employés. Apprentis.

Manœuvres

Ouvriers spécialisé (0.S.)

Ouvriers professionnels (0.P.) (Préciser si possible la spécialité)

Ouvriers à qualification non précisée.

V.R.P. gens de maison et sportifs professionnels.

LIEU DE L'ACCIDENT

Trajet aller, trajet retour du domicile au lieu de travail (indiquer le lieu topographique).

Déplacement pendant les heures de travail, pour le compte de l'employeur.

Lieu de travail habituel (atelier).

Lieu de travail habituel (chantier).

Lieu de travail occasionnel.

Domicile du travailleur.

SIEGE DES LESIONS

Tête (yeux exceptés).

Yeux.

Membres supérieurs (mains exceptées).

Mains.

Tronc.

Membres inférieurs (pieds exceptés).

Pieds.

NATURE DES LESIONS

Fracture. Brûlure. Gelure.

Amputation.

Plaie (coupure, écorchure, autres plaies) sauf piqûre.

Piqûre.

Contusion.

Inflammation.

Entorse.

Luxation.

Asphyxie.

Commotion.
Présence d'un corps étranger.

Hernie.

Lumbago.

Intoxication.

Dermite.

 $Troubles\,visuels.$

Troubles auditifs.

Déchirures musculaires ou tendineuses Lésions

nerveuses.

ELEMENT MATERIEL

Emplacement de travail et surfaces de circulation (accident de plain-pied).

Emplacement de travail et surfaces de circulation (chute d'un niveau supérieurs).

Obiets ou masses en mouvement accidentel.

Particules ou éléments de matière.

Appareils de levage et de manutention.

Apparaux de levage, amarrage et préhension.

Véhicules.

Organes de transmission.

Machines transformatrices et productrices d'énergie.

Machine à broyer, concasser, pulvériser, diviser.

Machine à malaxer et à mélanger par agitation ou

malaxage.

Machine à agiter, cribler, tamiser, séparer. Presses mécaniques par choc et pilons. Machines à presser et à mouler.

Machines à laminer, tréfiler, étirer, planer, imprimer.

Machine à couper, trancher, dérouler, défiler (autres que les scies). Scies.

Machines à percer, aléser, tourner, fraiser, raboter (métaux).

Machines à percer, tourpiller, raboter (bois et matières similaires).

Machines à meuler, poncer, polir.

Matériels et machines à souder et riveter.

Machines à coudre, agrafer, mettre les œillets.

Machines à remplir, empaqueter, emballer, conditionner clouer.

Effilocheuses, ouvreuses, batteurs, cardes,

Machines de filature, de tissage, de câblerie et d'apprêt (non reprise à la rubrique précédente).

Matériels et engins de terrassement et travaux

annexes.

Machines diverses (ne rentrant dans aucune des

catégories précédentes). Outils portatifs (mûs ou alimentés électriquement,

pneumatiques ou à autre commande mécanique).

Outils à mains.

Récipients sous pression.

Fours, étuves, appareils de cuisson et œuvre des produits chauds.

Appareillages et installations frigorifiques.

Appareils ou ustensiles mettant en œuvre des produits

caustiques, corrosifs, toxiques. Vapeurs, gaz et poussières délétères.

Matières inflammables (en flamme).

Matières explosives.

Electricité.

Radiations ionisantes.

IMPORTANT

Le défaut de déclaration d'un accident de travail par l'employeur, déclaration prévue par la réglementation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, donne lieu à une pénalité, recouvrée par l'organisme de sécurité sociale, dont le montant est égal à 20% du salaire trimestriel de la victime.

Cette déclaration s'impose à l'employeur même si l'accident n'a pas entraîné d'incapacité de travail ou ne parait pas être imputable au travail

Dans ce dernier cas, l'employeur fait assortir sa déclaration de réserves.

NOMBRE D'HEURES ECOULEES DEPUIS LA PRISE OU LA REPRISE DU TRAVAIL

N'est pas considérée comme point de départ du temps écoulé une reprise intervenant après interruption de travail d'une durée inférieure à une heure.



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° d'accident :	
Code :	

		EMPL	OYEUR ———	
Nom, prénom :				
			_	N° Employeur
Adresse :				Agence d'affiliation —
•			• •	tablis, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de tra	avail:	Com	mune :	Wilaya :
		VICT	TIME —	
Nom, prénom :				
Nom de jeune fille (s'	il y a lieu) :		L	N° d'Immatriculation
Nationalité :	F	Pays d'origine :		Date de naissance :
Qualification professi	onnelle: `''		Date de recruteme	ent: Sexe: M F (2)
		ACCI	DENT —	
Date : L	Jour d	le la semaine : ⁽²⁾ DL	MMJVS	heures Minutes
Nombre d'heures éco	oulées depuis la prise ou la repr	ise du travail par la victime :	(1) heure.	
	a victime le jour de l'accident :		h. et de :	h. à: h.
	1)			
	eciser s'il y a lieu, le coté : droit			
Circonstances détaill	ées de l'accident :			
Liou où a átá tranana	rtáa la viatima :			
Suite probable : ⁽²⁾	SANS ARRÊT DE TRAVAIL			
	SANS ARREI DE TRAVAIL	AVEC ARRÊT SUPÉRIEU	RA24H à compter du : ∐	DÉCÈS IMMÉDIAT
	TEMOINS	AVEC ARRÊT SUPÉRIEU		DÉCÈS IMMÉDIAT NT CAUSÉE PAR UN TIERS
1. Identité :			ACCIDE	
	TEMOINS		ACCIDE	NT CAUSÉE PAR UN TIERS
Adresse :	TEMOINS		ACCIDE	NT CAUSÉE PAR UN TIERS
Adresse :	TEMOINS		ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS
Adresse :	TEMOINS		ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS
Adresse :	TEMOINS		ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS
Adresse :	TEMOINS		ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS
Adresse :	TEMOINS	i?	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance	NT CAUSÉE PAR UN TIERS
Adresse :	TEMOINS a t'il été établi ? Si OUI par qui	i?	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance	NT CAUSÉE PAR UN TIERS
Adresse :	TEMOINS a t'il été établi ? Si OUI par qui	i?	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance	NT CAUSÉE PAR UN TIERS : du tiers: , le
Adresse :	TEMOINS a t'il été établi ? Si OUI par qui	i?	ACCIDE Nom et prénom du Tiers Adresse : Organisme d'assurance	NT CAUSÉE PAR UN TIERS : du tiers: , le
Adresse :	TEMOINS a t'il été établi ? Si OUI par qui	i? nataire	A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS : du tiers: , le
Adresse :	TEMOINS a t'il été établi? Si OUI par qui	i? nataire	A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS : ::::::::::::::::::::::::::::::::::
Adresse :	TEMOINS a t'il été établi? Si OUI par qui	i? nataire	A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS : ::::::::::::::::::::::::::::::::::
Adresse :	TEMOINS a t'il été établi? Si OUI par qui	i? nataire	A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS : ::::::::::::::::::::::::::::::::::
Adresse :	TEMOINS a t'il été établi? Si OUI par qui	i? nataire	A C C I D E Nom et prénom du Tiers Adresse :	NT CAUSÉE PAR UN TIERS : ::::::::::::::::::::::::::::::::::



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° d'accident :	
Code :	

EMPLO	OYEUR				
Nom, prénom :					
Raison sociale:					
Secteur d'activité :					
Adresse :					
Chantier ou lieu de travail :					
	,				
VICT	IME				
Nom, prénom :	I				
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :					
Nationalité :					
Adresse :					
Qualification professionificite.	Sac de residement.				
ACCI	DENT				
Date : Jour de la semaine : (2) D L I	M M J V S heures Minutes				
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime :					
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à :					
Lieu de l'accident : (3)					
Nature des lésions : (1)					
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1)					
Circonstances détaillées de l'accident :					
Lieu où a été transportée la victime :					
Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR	R A 24 H à compter du : DÉCÈS IMMÉDIAT				
TEMOINS	ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS				
1. Identité :	Nom et prénom du Tiers :				
Adresse :	Adresse :				
2. Identité :					
Adresse:	Organisme d'assurance du tiers :				
Un rapport de police a t'il été établi ? Si OUI par qui ?					
Nom et Qualité du Signataire	Fait à				
	Signature,				
	•				
QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL				



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° d'accident :	
Code :	

EMPLO	YEUR
Nom, prénom :	
ou Raison sociale :	N° Employeur —
Secteur d'activité ;	
Adresse:	
	-
N° téléphone : Nbre	
Chantier ou lieu de travail :	mune : Wilaya :
VICT	TIME —
Nom, prénom :	
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :	N° d'Immatriculation —
Nationalité : Pays d'origine :	Date de naissance :
Adresse:	
Qualification professionnelle : (1)	Date de recrutement : Sexe : M F (2)
ACCII	DENT —
Date : Jour de la semaine : (2) D L I	M M J V S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime :	
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à :	
Lieu de l'accident : (3)	
Nature des lésions : (1)	
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) :	
Circonstances détaillées de l'accident :	
Circuistances detainees de l'accident.	
Lieu où a été transportée la victime :	
Suite probable : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUF	RA 24 H à compter du : DÉCÈS IMMÉDIAT
T E M O I N S	ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS
1. Identité :	Nom et prénom du Tiers :
Adresse:	Adresse:
2. Identité :	
Adresse:	Organisme d'assurance du tiers :
Un rapport de police a t'il été établi ? Si OUI par qui ?	
Nom et Qualité du Signataire	Fait à, le
	Signature,
QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL
QUESTIONS FOSEES AU CONTROLE MEDICAL	REFORSES DU CONTROLE MEDICAL



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° d'accident :	
Code :	

EMPLO	OYEUR				
Nom, prénom :					
Raison sociale:					
Secteur d'activité :					
Adresse :					
Chantier ou lieu de travail :					
	,				
VICT	IME				
Nom, prénom :	I				
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :					
Nationalité :					
Adresse :					
Qualification professionificite.	Sac de residement.				
ACCI	DENT				
Date : Jour de la semaine : (2) D L I	M M J V S heures Minutes				
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime :					
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à :					
Lieu de l'accident : (3)					
Nature des lésions : (1)					
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1)					
Circonstances détaillées de l'accident :					
Lieu où a été transportée la victime :					
Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR	R A 24 H à compter du : DÉCÈS IMMÉDIAT				
TEMOINS	ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS				
1. Identité :	Nom et prénom du Tiers :				
Adresse :	Adresse :				
2. Identité :					
Adresse:	Organisme d'assurance du tiers :				
Un rapport de police a t'il été établi ? Si OUI par qui ?					
Nom et Qualité du Signataire	Fait à				
	Signature,				
	•				
QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL				



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° d'accident :	
Code:	

		EMPL	OYEUR ———	
011				
				N° Employeur
				A at a fill a file at
				Agence d'affiliation
				etablis, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de tra	avail :	Com	nmune :	Wilaya:
		vic	TIME —	
Nom, prénom :				
Nom de jeune fille (s'i	il y a lieu) :			N° d'Immatriculation
Nationalité :	F	Pays d'origine :		Date de naissance :
Qualification professi	onnelle : ⁽¹⁾		Date de recruten	nent: Sexe: MF
		ACCI	DENT —	
Date : L		e la semaine : ⁽²⁾ D L		heures Minutes
	ulées depuis la prise ou la repr			
	a victime le jour de l'accident :			h. à: h.
	eciser s'il y a lieu, le coté : droit			
				nt materiel :
Lieu où a été transpo	rtée la victime :			
Suite probable : ⁽²⁾	SANS ARRÊT DE TRAVAIL	AVEC ARRÊT SUPÉRIEU	RA24H à compter du :	DÉCÈS IMMÉDIAT
	TEMOINS		ACCID	ENT CAUSÉE PAR UN TIERS —————
1. Identité :			Nom et prénom du Tier	rs:
			Adresse :	
2. Identité :				
Adresse :			Organisme d'assuranc	e du tiers :
Un rapport de police a	a t'il été établi ? Si OUI par qu	i?		
N	lom et Qualité du Sig	nataire	Fait à	, le
				Signature,
QUESTIO	NS POSÉES AU CONTRÔ	LE MÉDICA!	RÉPO	NSES DU CONTRÔLE MÉDICAL
4020110	COLLO AO CONTRO	LL MEDIVAL	REFO	HOLO DO CONTROLL MEDICAL



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° d'accident :	
Code:	

TEMOINS————————————————————————————————————	n (2) Minutes
Secteur d'activité: Adresse: Agence d'affiliation N° téléphone: Chantier ou lieu de travail : Commune: Wilaya: VICTIME Nom, prénom : Nom de jeune fille (s'il y a lieu): Nom de jeune fille (s'il y a lieu): Pays d'origine: Date de naissance: Qualification professionnelle: Date de recrutement: Jour de la semaine: ACCIDENT Date: Jour de la semaine: Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : Horiaire de travail de la victime le jour de l'accident: de : I h. à : I h. et de: I h. à : Nombre de l'accident: Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche): Lieu dè lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche): Lieu où a été transportée la victime : Sulte probable: Lieu où a été transportée la victime : Sans Arrêt De Travail. AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : JEMOINS ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIE	n (2) Minutes
Adresse:	n (2) Minutes
Norte téléphone :	n (2) Minutes
Chantier ou lieu de travail : Commune : Wilaya : VICTIME Nom, prénom : N° d'Immatriculation Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance : Adresse : Qualification professionnelle : (1) Date de recrutement : Sex ACCIDENT Date de recrutement : Neures Date de naissance : Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : (1) heure. Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à : h. èt de : h. à : h. Lieu de l'accident : (3) Nature des lésions : (1) Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1) Élément matériel : (1) Élément matériel : (1) Élément matériel : (1) Élément matériel : (1) DÉCÈS DÉCÈS TEMOINS ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIE	n (2) Minutes
Nom, prénom :	n (2) Minutes
Nom, prénom : Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : Date de naissance :	ce: M F (2) Minutes
Nom de jeune fille (s'il y a lieu): Date de naissance:	ce: M F (2) Minutes
Nationalité:	ce: M F (2) Minutes
Addresse: Qualification professionnelle: (1) Date de recrutement:	Minutes
Qualification professionnelle: (1) Date de recrutement:	Minutes
Date:	Minutes
Date:	
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : (1)	
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de :	
Lieu de l'accident : (3) Nature des lésions : (1) Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1) Circonstances détaillées de l'accident : Lieu où a été transportée la victime : Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du :	
Nature des lésions : (1) Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1) Circonstances détaillées de l'accident : Lieu où a été transportée la victime : Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du :	
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1)	
Circonstances détaillées de l'accident : Lieu où a été transportée la victime : Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du :	
Circonstances détaillées de l'accident : Lieu où a été transportée la victime : Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du :	
Lieu où a été transportée la victime : Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du :	
Lieu où a été transportée la victime : Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du :	
Suite probable : (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : DÉCÈS TEMOINS ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIE	
TEMOINS————————————————————————————————————	
TEMOINS————————————————————————————————————	SIMMÉDIAT
1. Identité :	
Adresse: Adresse:	
2. Identité :	
Adresse: Organisme d'assurance du tiers:	
Un rapport de police a t'il été établi ? Si OUI par qui ?	
Nom et Qualité du Signataire Fait à, le,	
Signature,	
Signature,	
QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICA	.L



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

Visa de la Structure

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° d'accident :	
Code:	

EMPLO	YEUR
Nom, prénom :	
ou Raison sociale :	N° Employeur —
Secteur d'activité ;	
Adresse:	
	-
N° téléphone : Nbre	
Chantier ou lieu de travail :	mune : Wilaya :
VICT	TIME —
Nom, prénom :	
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :	N° d'Immatriculation —
Nationalité : Pays d'origine :	Date de naissance :
Adresse:	
Qualification professionnelle : (1)	Date de recrutement : Sexe : M F (2)
ACCII	DENT —
Date : Jour de la semaine : (2) D L I	M M J V S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime :	(1) heure.
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à :	
Lieu de l'accident : (3)	
Nature des lésions : (1)	
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) :	
Circonstances détaillées de l'accident :	
Circuistances detainees de l'accident.	
Lieu où a été transportée la victime :	
Suite probable : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUF	RA 24 H à compter du : DÉCÈS IMMÉDIAT
T E M O I N S	ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS
1. Identité :	Nom et prénom du Tiers :
Adresse:	Adresse:
2. Identité :	
Adresse:	Organisme d'assurance du tiers :
Un rapport de police a t'il été établi ? Si OUI par qui ?	
Nom et Qualité du Signataire	Fait à, le
	Signature,
QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL
QUESTIONS FOSCES AU CONTROLE MEDICAL	REFORSES DU CONTROLE MEDICAL