



## DÉCLARATION D'ACCIDENT

à retourner à :  
[secretariat.lullier@etat.ge.ch](mailto:secretariat.lullier@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	Nombre d'heures par semaine :	
Début année scolaire : jj/mm/aaa	Téléphone professionnel :	
Téléphone privé :		
Avez-vous un autre employeur ?	non	oui
Si oui, lequel :	Nombre d'heures par semaine :	

Accident professionnel	Accident NON-professionnel	
<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	<b>(Si oui, veuillez cocher le motif</b>	
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:		
<b>Travail interrompu après l'accident :</b>	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>votre 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 :