



REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

Unité - Egalité - Paix

Ministère du Travail
chargé de la
Reforme de l'Administration

جمهورية جيبوتي
وحدة - مساواة - سلام

وزارة العمل والادماج
والتدريب المهني

لصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Ministère du Travail chargé de la Reforme de l'Administration

Caisse Nationale de Sécurité Sociale



21.35.03.21 / 21.32.42.97



21.35.58.32

FORMULAIRE DE DECLARATION

D'ACCIDENT DU TRAVAIL ;

DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Cocher la mention utile)

Notice :

- Le formulaire doit être rempli le plus clairement possible et adressé en deux exemplaire à la CNSS dans les **48 heures** suivant la survenance de l'accident ;
- Si la déclaration est faite par la victime, celle-ci portera la mention : « **l'accident dont j'ai été victime** » ;
- Tout formulaire incomplet sera retourné à l'expéditeur ;
- Joindre à la présente déclaration le dernier bulletin de salaire de la victime.

1 - EMPLOYEUR

Raison Sociale :	.....
Numéro de l'employeur :	| | | | | | | | | |
Activité professionnelle :	.....
Branche d'activité économique :	.....
Adresse exacte de l'établissement :	.....
Nombre de salariés :	..... Tél. professionnelle :

2 - VICTIME

Nom et prénom :	.....
Numéro matricule du salarié :	| | | | | | | | | |
Date et lieu de Naissance :	| | | | | | | | à
Nationalité :	..... Lieu de résidence :
Emploi :	..... Catégorie :
Date d'embauche :	...../...../..... Ancienneté :
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Autres :

3 - L'ACCIDENT

Date de l'accident :	...../...../.....	Heure :	.....h..... min
Lieu précis de l'accident :	.....	
<u>Conséquence :</u>			
Arrêt du travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ITT ≤ à 15 jrs	<input type="checkbox"/> ITT > à 15jrs <input type="checkbox"/> décès
Circonstance détaillé de l'accident :	.....	
.....			
.....			
<u>Existe-t-il de ou des témoin(s) ? :</u>			
Noms :	.....	Adresse :	.....
Nom :	.....	Adresse :	.....

4 - L'ACCIDENT DU TRAJET

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? Oui Non

Le parcours habituel emprunté a-t-il été détourné ? Oui Non

Si oui, l'accident est-il intervenu au cours de l'interruption ou du détour ? Oui Non

Existe-t-il un Tiers responsable :

Nom & prénom :

Organisme assureur du tiers :

5 - SIEGE DE LA LESION

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tête (<i>sauf les yeux</i>) | <input type="checkbox"/> Mains |
| <input type="checkbox"/> Yeux | <input type="checkbox"/> Pieds |
| <input type="checkbox"/> Membres supérieurs (<i>épaules, coude, bras, avant bras</i>) | <input type="checkbox"/> Localisations multiples |
| <input type="checkbox"/> Tronc (<i>cou, dos, poitrine, Abdomen</i>) | <input type="checkbox"/> Sièges internes |
| <input type="checkbox"/> Membres inférieurs (<i>hanche, cuisse, genou, tibia</i>) | <input type="checkbox"/> Autres : |

6 - NATURE DE LESION

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Présence d'un corps étranger |
| <input type="checkbox"/> Commotion, lésion interne | <input type="checkbox"/> Brûlure ou gelure |
| <input type="checkbox"/> Plaie (coupure, écorchures, piqûre ...etc.) | <input type="checkbox"/> Brulure chimique |
| <input type="checkbox"/> Amputation | <input type="checkbox"/> Intoxication |
| <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Choc électrique |
| <input type="checkbox"/> Luxation, déboîtement | <input type="checkbox"/> Contusion |
| <input type="checkbox"/> Foulure, déchirure musculaire ou tendineuse | <input type="checkbox"/> Lumbago |
| <input type="checkbox"/> Asphyxie, inhalation de gaz, noyade | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)..... |

7 - ELEMENT MATERIEL

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Objet en mouvement | <input type="checkbox"/> Rixe & Agression |
| <input type="checkbox"/> Chute de plein pied | <input type="checkbox"/> Brûlure |
| <input type="checkbox"/> Chute de Hauteur | <input type="checkbox"/> Produits dangereux (chimiques...) |
| <input type="checkbox"/> Manutentions manuelles ou mécaniques | <input type="checkbox"/> Motocyclette |
| <input type="checkbox"/> Véhicules | <input type="checkbox"/> Fardeau |
| <input type="checkbox"/> Ferrailles | <input type="checkbox"/> Electrocutation |
| <input type="checkbox"/> Outils, matériaux tranchants ou piquants | <input type="checkbox"/> Machine |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | |

Le lieu où à été transporté la victime immédiatement après l'accident :

- Centre de soins CNSS Hôpital Général Peltier Complexe Al-rahma
 Hôpital Militaire Bouffard Autres, à préciser :

Le salaire de la victime est-il maintenu pendant l'arrêt de travail ? :

Oui Non Montant du salaire brut versé :

Autres observations :

.....
.....
.....
.....
.....

Je certifie de l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Nom et prénom du signataire :

Fonction du signataire :

Fait à le/...../.....

Signature et cachet
de l'Employeur ou son délégué