

Modifications de la réglementation en matière d'accidents du travail à partir du 1er juin 2024

Cette circulaire complète la(les) circulaire(s) : 9211

Type de circulaire	circulaire administrative
Validité	à partir du 01/06/2024
Documents à renvoyer	non

Résumé	Des modifications de la réglementation en matière d'accidents d'etravail entrent en vigueur dès le 1 ^{er} juin 2024, suite à l'adoption de l'arrêté royal du 9 avril 2024 modifiant diverses dispositions relatives aux accidents du travail dans le secteur public et l'arrêté ministériel du 24 avril 2024 fixant le modèle de déclaration d'accident du travail en matière d'accident du travail dans le secteur public. Ces modifications portent essentiellement sur: <ul style="list-style-type: none"> - un nouveau modèle de déclaration d'accident de travail; - l'obligation de fournir un certificat médical de premier constat dès le 1^{er} jour d'accident de travail; - un changement de procédure pour les accidents de moins de 30 jours et la suppression du certificat de guérison;
--------	---

Mots-clés	accident de travail - déclaration d'accident de travail - Medex - Certificat médical de premier constat
-----------	---

Remarque	Pour des raisons d'ergonomie de lecture, cette circulaire n'est pas rédigée en écriture inclusive mais elle s'adresse néanmoins tant aux hommes qu'aux femmes, ainsi qu'aux personnes non-binaires.
----------	--

Etablissements et pouvoirs organisateurs concernés

Réseaux d'enseignement	Unités d'enseignement	
Wallonie-Bruxelles Enseignement	Maternel ordinaire	Centres psycho-médico-sociaux
Ens. officiel subventionné	Primaire ordinaire	Centres d'Auto-Formation
	Secondaire ordinaire	Centres de Technologie Avancée (CTA)
Ens. libre subventionné	Secondaire en alternance (CEFA)	Centres de dépaysement et de plein air (CDPA)
	Maternel spécialisé	Centres techniques
Libre confessionnel	Primaire spécialisé	Homes d'accueil permanent
Libre non confessionnel	Secondaire spécialisé	
	Secondaire artistique à horaire réduit	Internats primaire ordinaire
	Promotion sociale secondaire	Internats secondaire ordinaire
	Promotion sociale secondaire en alternance	Internats prim. ou sec. spécialisé
	Promotion sociale supérieur	Internats supérieur
		Ecoles supérieures des Arts
		Hautes Ecoles
		Universités

Signataire(s)

Adm. générale de l'Enseignement , Quentin David, Administrateur général ff

Personne de contact concernant la publication de la circulaire

Nom, prénom	SG/DG/Service	Téléphone et email
COMBEFIS Sébastien	DGPE-SGAT-DCRI	02/413.27.77 sebastien.combefis@cfwb.be
SIMON Marie-Christine	DGPE- SGAT	02/413.40.85 marie-christine.simon@cfwb.be

Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Administration générale de l'Enseignement
Direction générale des personnels de l'enseignement
Service général des Affaires transversales

**Modifications de la réglementation
en matière d'accidents du travail à
partir du 1^{er} juin 2024**

Mot d'introduction

Madame, Monsieur,

*Des **modifications réglementaires** en matière d'**accident du travail**, principalement portées par Medex et le SPF BOSA, sont entrées en vigueur le **1^{er} juin 2024**. Ces modifications sont prévues par l'arrêté royal du 9 avril 2024 modifiant diverses dispositions relatives aux accidents du travail dans le secteur public et l'arrêté ministériel du 24 avril 2024 fixant le modèle de déclaration d'accident du travail en matière d'accident du travail dans le secteur public.*

La présente circulaire a pour objectif de vous présenter ces modifications, en mettant l'accent sur les impacts pour les membres des personnels de l'enseignement. La [circulaire de référence sur les accidents du travail](#) (n° 9211) sera adaptée pour intégrer ces modifications

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la présente circulaire et vous en souhaite bonne lecture.

Je vous saurais gré de bien vouloir communiquer strictement et rapidement le contenu de cette circulaire à tous les membres de votre personnel, même éloignés temporairement du service.

Mes collaborateurs restent disponibles pour tout renseignement complémentaire.

Cordialement,

L'Administrateur général f.f.,

Quentin DAVID






Personnes à contacter

➤ Service général des Affaires transversales

Identité	Fonction	Matière	Coordonnées
COMBÉFIS Sébastien	Directeur a.i.	Direction du contrôle et de la récupération des indus	secretariat.dcri@cfwb.be 02 413 27 74

1. Nouveau modèle de déclaration d'accident

Un **nouveau modèle de déclaration d'accident du travail** est dorénavant en vigueur, avec de nouveaux champs. Ce modèle est repris dans l'arrêté ministériel du 24 avril 2024 fixant le modèle de déclaration d'accident du travail en matière d'accident du travail dans le secteur public.

 **Bon à savoir** : le nouveau formulaire de déclaration d'accident du travail présenté **dans la circulaire 9211** intègre déjà les nouveautés et vous êtes dès lors fortement encouragés à utiliser ce dernier. Pour votre facilité, les **trois volets** de cette nouvelle déclaration sont **à nouveau joints en annexe** à la présente.

2. Certificat médical de premiers constats


Un **certificat médical doit être joint à la déclaration d'accident du travail** dès que l'accident a occasionné ou est de nature à occasionner une incapacité temporaire de travail, **même si celle-ci se limite à un seul jour**.

Ce certificat médical, anciennement dénommé « **modèle B** », est renommé en « **certificat médical de premiers constats** ». Pour rappel, son objectif est de consigner les premiers constats des lésions.

Il n'y a plus de modèle spécifique : n'importe quel document peut faire office de certificat médical de premiers constats, pour autant qu'il contienne toutes les **informations obligatoires** suivantes :

- a. les nom, prénom et adresse du médecin ;
- b. les nom, prénom et adresse de la victime ;
- c. la date de l'accident ;
- d. la nature et le siège des lésions ;
- e. les conséquences des lésions ;
- f. la date du début de l'incapacité et sa durée probable en nombre de jours ;
- g. le lieu où sont prodigués les soins ;
- h. la date et le lieu de la rédaction du certificat médical ;
- i. la signature et le cachet du médecin.

Une version de l'ancien « modèle B » adaptée aux nouvelles contraintes est jointe à cette circulaire. Celle-ci peut donc être utilisée comme certificat de premiers constats.

 **Attention** : les absences liées à un accident du travail doivent toujours être couvertes par un **certificat médical Medex**, cette procédure n'a pas changé.

3. Accidents de moins de 30 jours

La procédure actuelle pour les accidents du travail ayant entraîné une incapacité temporaire de travail d'une durée totale inférieure à 30 jours est entièrement revue. Le **certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail** est **supprimé**.

Une victime d'un accident reconnu comme accident du travail, dont la durée totale de l'incapacité temporaire est de **moins de 30 jours**, et qui **s'estime guérie** ne doit donc plus se rendre chez son médecin et fournir ce certificat pour attester de sa guérison. Six mois après l'accident, l'Administration (service des accidents du travail de la DGPE) notifiera automatiquement à la victime une décision de déclaration de guérison, qui fera débiter le délai de révision (3 ans).

Si la victime **ne s'estime pas guérie**, elle dispose d'un délai de six mois à partir de la date de l'accident, pour remettre un rapport médical circonstancié attestant d'une incapacité permanente de travail à l'Administration (service des accidents de travail de la DGPE), qui la fera convoquer chez Medex pour une expertise médicale et ce, dans le même délai de 6 mois. Pour ce cas, la procédure détaillée dans la circulaire 9211 reste d'application tout comme le « *rapport médical – incapacité permanente de travail* » repris à son annexe 3.



Important – Régime transitoire

Un régime transitoire est prévu **pour les accidents survenus avant le 1^{er} juin 2024**, qui ont été reconnus comme accident du travail, dont la durée totale de l'incapacité temporaire est de **moins de 30 jours**, mais qui ne sont pas encore consolidés. Pour ces situations, plusieurs cas se présentent :

- Un certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail avait déjà été envoyé par la victime à l'Administration. Dans ce cas, elle ne doit rien faire et son accident sera consolidé par l'Administration (service des accidents de travail de la DGPE) ;
- Un rapport médical circonstancié avait déjà été envoyé par la victime à l'Administration (service des accidents de travail de la DGPE). Dans ce cas, la victime a déjà été ou sera convoquée par Medex ;

Enfin, les victimes qui n'ont encore rien entrepris vont recevoir, de la part de l'Administration (service des accidents de travail de la DGPE), un courrier dans le courant du mois juin les informant que leurs dossiers seront automatiquement consolidés au 1^{er} décembre 2024. Si elles estiment qu'elles ne sont pas guéries, elles ont également jusqu'au 1^{er} décembre 2024 pour envoyer un rapport médical circonstancié à l'Administration.

4. Accidents de plus de 30 jours

Rien ne change pour les victimes d'accidents de travail ayant entraîné 30 jours ou plus d'incapacité temporaire de travail : elles sont d'office convoquées par Medex pour un examen médical et ne doivent pas remettre de rapport médical circonstancié.

5. Modification du point de départ des effets de la révision, des allocations annuelles d'aggravation et des allocations annuelles de décès

Jusqu'à présent, le point de départ des effets de la révision, des allocations annuelles d'aggravation et des allocations annuelles de décès était d'ordre administratif, à savoir le premier jour du mois qui suit l'introduction de la demande.

À partir du 1er juin 2024, sous l'influence de la jurisprudence de la Cour de cassation, le point de départ sera d'ordre médical :

- En cas d'aggravation (au sens large) : le premier jour du mois de l'aggravation ;
- En cas d'atténuation : le premier jour du mois qui suit l'atténuation.

Medex détermine la date d'aggravation ou d'atténuation.

6. Clarification du caractère liant des conclusions médicales du Medex vis-à-vis de l'employeur

L'Administration (service des accidents du travail de la DGPE) sera dorénavant **liée aux conclusions médicales du Medex** et ne disposera plus d'aucun pouvoir d'appréciation par rapport à ces dernières. Seul un juge peut décider de ne pas suivre les conclusions médicales du Medex, lorsqu'une action en justice est menée auprès d'un tribunal ou d'une cour du travail.

7. Meilleure prise en compte de l'hypothèse du décès de la victime à tous les stades de la procédure administrative

L'hypothèse du décès de la victime, qu'il soit en lien avec l'accident du travail ou non, est mieux prise en compte tout au long de la procédure administrative.

Ainsi, par exemple, les ayants droit de la victime décédée avant la décision de guérison ou d'octroi d'une rente ont désormais clairement la possibilité d'introduire une demande pour établir le lien de causalité entre l'accident et le décès. Si ce lien de causalité est établi, ils pourront obtenir une rente, dans les conditions des articles 8 à 10 de la loi du 3 juillet 1967.

8. Modernisation des modes de communication des divers documents

Jusqu'à présent, seul l'envoi recommandé était prévu par la réglementation. Désormais, trois modes de communications sont possibles :

1. L'envoi par mail avec accusé de réception ;
2. L'envoi recommandé ;
3. La remise en mains propres contre accusé de réception daté et signé.

9. Clarification pour les écoles du Pouvoir organisateur « La COCOF »

Les compétences de la COCOF et celles de la Communauté française ont été clarifiées en matière d'accidents de travail survenus à tous les membres du personnel des établissements d'enseignement de la COCOF qui perçoivent une subvention-traitement de la Communauté française.

Le Gouvernement de la Communauté française (Service des Accidents de Travail de la DGPE) est désormais compétent pour la gestion des accidents du travail survenus à ces membres du personnel.

ANNEXES A LA CIRCULAIRE

CERTIFICAT MEDICAL DE PREMIERS CONSTATS (ancien modèle B)

Toute déclaration d'accident du travail doit être accompagnée d'un certificat médical de premiers constats s'il y a au moins un jour d'incapacité de travail. Ce certificat médical peut prendre n'importe quelle forme pour autant qu'il mentionne : les nom, prénom et adresse du médecin ; les nom, prénom et adresse de la victime ; la date de l'accident ; la nature et le siège des lésions ; les conséquences des lésions ; la date du début de l'incapacité et sa durée probable en nombre de jours ; le lieu où sont prodigués les soins ; la date et le lieu de la rédaction du certificat médical ; la signature et le cachet du médecin.

Nom, prénom, qualité, adresse

Nom, prénom, adresse de la victime

Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc.

Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort – incapacité permanente, totale ou partielle – incapacité temporaire, totale ou partielle, en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.

Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement les lésions mêmes sans avoir égard à toutes autres circonstances.

Indiquer, selon le cas, que le blessé est soigné à son domicile ou à celui du médecin ou à tel hôpital ou à tel autre endroit.

Le soussigné

.....

ayant examiné

.....

après l'accident qui lui est survenu le

déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes :

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

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence :

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

3. que le début de l'incapacité a été (sera) le :

.....

4. pour une durée probable de (en jours) :

.....

5. que le blessé est soigné :

.....

Fait à, le

(Signature et cachet)

Déclaration d'accident du travail

Volet 1 - Victime

* Mentions obligatoires

Attention

Ce formulaire doit être utilisé pour **déclarer un accident du travail** survenu à un membre du personnel de l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La déclaration est composée de 3 volets (1. Victime - 2. École/PO - 3. Prévention). Ce **premier volet** doit être rempli par la victime, son supérieur hiérarchique ou toute autre personne intéressée. La déclaration complète doit être envoyée au Service des accidents du travail de préférence **par mail** à : accidents.travail.enseignement@cfwb.be

Informations sur la victime

Attention : Avant d'introduire votre déclaration d'accident du travail, vérifiez que vos informations personnelles sont à jour sur [Mon Espace](#). Ce sont ces informations qui seront utilisées pour vous contacter (n° de téléphone, adresse mail, etc.).

N° de registre national * : — Indiquez le n° BIS si la victime n'est pas résidente belge.

NOM * : Prénom* :

N° FASE et nom de l'école / PO dont dépend la victime au moment de l'accident * :

N° FASE : Dénomination :

Informations sur l'accident

Cette rubrique est destinée à détailler les circonstances de l'accident.

Date de l'accident * Indiquez la date et l'heure de l'accident.

Date : Heure : Si vous ne connaissez pas l'heure précise, indiquez l'heure estimée.

Lieu de l'accident * Cochez une seule case.

À l'école

Sur la voie publique S'agit-il d'un accident de la circulation ? Oui Non

Sur un chantier

N° du chantier (si connu) : Code postal :

Autre Précisez :

Adresse de l'accident

Complétez cette rubrique si vous avez coché «Sur la voie publique» ou «Autre» comme lieu d'accident ci-dessus.

Rue : N° :

Code postal : Commune : Pays :

Nature de l'accident

Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? *

OUI NON Si non, précisez l'occupation que la victime exerçait au moment de l'accident :

Quelle est la nature de l'accident ? * Cochez une seule case

Accident du travail

Accident sur le chemin du travail

Accident survenu en dehors des fonctions causé par un tiers présumé responsable

Circonstances de l'accident *

Type de lieu * (environnement)

Où se trouvait la victime quand l'accident s'est produit ?

Exemples : en classe, dans la cour de récréation, dans la salle des professeurs, sur le parking, dans un magasin ...

Activité générale * (type de travail)

Quelle tâche la victime était-elle en train d'effectuer au moment de l'accident ?

Exemples : surveillance, en formation, travail de bureau, nettoyage, donne cours ...

Activité spécifique *

Quelle activité spécifique la victime était-elle en train d'effectuer au moment de l'accident ? S'il y en a, précisez également les objets impliqués.

Exemples d'activité spécifique : monter un escalier, ranger sa classe, gestion de la sortie d'école, montrer un exercice ...

Exemples d'objet : matériel de laboratoire, matériel sportif, instrument, matériel de bureau, balais, machine ...

Évènement soudain * Quel évènement a déclenché l'accident ?

Précisez les faits et les objets impliqués s'ils ont joué un rôle dans l'accident.

Exemples : glissade sur sol mouillé, chute due à un sol inégal, faux-mouvement, agression verbale, agression physique avec un couteau, explosion, chute ou effondrement d'un objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ...

Lésion *

Comment la victime a-t-elle été blessée ?

Précisez, par ordre d'importance, les éléments qui ont provoqué la/les blessures (physiques ou psychiques)

Exemples : contact avec des substances dangereuses, écrasement par ou contre un objet, morsure causée par un animal, choc mental, contact avec un objet coupant, contact avec un courant électrique / une source de chaleur ...

Intervenants externes

Cette rubrique est destinée à détailler les intervenants qui ont joué un rôle éventuel dans l'accident.

Témoins *

Des témoins ont-ils vu l'accident ?

NON

OUI

Si oui, précisez le nombre de témoins :

Vous pouvez joindre les témoignages directement à la déclaration en utilisant le modèle disponible sur : enseignement.be/accitrav. Si vous ne pouvez pas les joindre à la déclaration, ils vous seront éventuellement demandés plus tard au cours de la procédure.

Premiers soins *

Des premiers soins ont-ils été donnés ? *

OUI NON

Si oui, précisez la date et l'heure auxquelles les premiers soins ont été donnés :

Date : Le

Heure :

Merci de préciser également qui a donné les premiers soins (cochez une seule case) :

Personnel de l'hôpital Nom et ville de l'hôpital :**Médecin** NOM et prénom du médecin :

Rue :

N° :

Bte :

Code postal :

Commune :

Pays :

Autre Précisez :

NOM :

Prénom :

Fonction : (exemple : infirmière de l'école)

Procès-verbal *

Un procès-verbal de police de l'accident a-t-il été dressé ?

NON OUI Si oui, vous pouvez le joindre en annexe.

Tiers présumé responsable *

Y a-t-il des tiers présumés responsables de l'accident ?

NON OUI Si oui, des informations vous seront éventuellement demandées au cours de la procédure.

Conflit

Êtes-vous en situation de conflit avec votre hiérarchie ? *

NON OUI Si oui, précisez brièvement la nature de ce conflit :

*En cas de situation de conflit avec votre hiérarchie, vous pouvez nous transmettre directement votre déclaration d'accident de travail sans la faire transiter par cette dernière. Nous nous chargerons de collecter auprès d'elle les informations relatives aux autres volets.***Annexes****Certificat médical «Modèle B»****Attention :** En cas d'absence de plus d'un jour liée à l'accident du travail, vous devez **impérativement** joindre à votre déclaration le certificat médical « Modèle B » complété, cacheté et signé par un médecin.Témoignage(s) *Merci d'utiliser le modèle disponible sur enseignement.be/accitrav***PV de police ou constat d'accident****Preuve(s) de l'accident** *Exemples : photos, captures d'écran, échanges de mails ...***Signature**

Le déclarant (NOM et prénom) *:

Date * : Le

Signature * :

Si vous n'êtes pas la victime de l'accident, merci de préciser votre lien avec elle :

Déclaration d'accident du travail

Volet 2 - École/PO

* Mentions obligatoires

Attention

Ce formulaire doit être utilisé pour **déclarer un accident du travail** survenu à un membre du personnel de l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La déclaration est composée de 3 volets (1.Victime - 2.École/PO - 3.Prévention).

Ce **deuxième volet** doit être rempli par le supérieur hiérarchique de la victime ou son délégué. La déclaration complète doit être envoyée au Service des accidents du travail de préférence **par mail** à : accidents.travail.enseignement@cfwb.be

Informations sur la victime

N° de registre national * : — Indiquez le n° BIS si la victime n'est pas résidente belge.

NOM * : Prénom * :

Informations sur l'école / PO

N° FASE et nom de l'école / PO dont dépend la victime au moment de l'accident * :

N° FASE : Dénomination :

Nombre total de membres du personnel (ETP) dans l'école / PO à la fin du mois précédent * :

Si nécessaire, précisez les données de contact de la personne en charge du dossier :

Cette personne sera notifiée du suivi du dossier par mail.

NOM : Prénom :

Mail : Téléphone :

Fonction exercée au sein de l'école / PO :

Emploi

Attention : Avant d'introduire la déclaration d'accident du travail, vérifiez qu'une DIMONA est bien active aux dates correctes pour le membre du personnel pour l'établissement concerné dans l'application DDRS. Si vous avez des questions concernant cette application, vous pouvez contacter la cellule DDRS : http://www.enseignement.be/index.php?page=26545&se_id=2768.

Nature de l'emploi * Cochez une seule case.

Temps plein

Temps partiel

Catégorie professionnelle

Quelle était la situation administrative de la victime au moment des faits ? * Cochez une seule case.

MDP définitif

ACS / APE / PART-APE

Personnel ouvrier définitif

MDP temporaire

Personnel administratif définitif

Personnel ouvrier temporaire

Stagiaire (WBE)

Personnel administratif temporaire

Autre Précisez :

Fonction exercée Pour connaître le Code CITP, consultez la circulaire disponible sur www.enseignement.be/accitrav

Code CITP * : Description de la fonction * :

Durée d'exercice de la fonction * : Cochez une seule case.

Moins d'une semaine

D'une semaine à un mois

D'un mois à un an

Plus d'un an

Circonstances de l'accident

En cas d'accident grave, l'école ou le PO avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Poste de travail

Au moment de l'accident, à quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? *

Habituel

Lieu de travail occasionnel / mobile ou en route pour le compte de l'école / PO

Autre

Détachement

Au moment de l'accident, la victime était-elle en détachement ? *

NON

OUI

Si oui, précisez de quel type de détachement il s'agit :

Merci également de joindre l'arrêté de mission ou un document officiel attestant du détachement.

Horaire de la victime

Quel était l'horaire de la victime le jour de l'accident ? *

Matin : de à

Après-midi : de à

Date des faits

Date de l'accident* : Le

Remarques

Si l'accident s'est produit dans des circonstances particulières, merci de les préciser brièvement :

Doute

Avez-vous des doutes sur la réalité de l'accident ?

NON

OUI

Si oui, précisez brièvement :

Annexes

Témoignage(s) d'élèves mineurs

Document attestant du détachement

Signature

Le responsable hiérarchique ou son délégué (NOM et prénom) * :

Date* : Le

Signature* :

Si vous n'êtes pas le directeur de l'école, précisez votre fonction :

Attention

Ce formulaire doit être utilisé pour **déclarer un accident du travail** survenu à un membre du personnel de l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La déclaration est composée de 3 volets (1. Victime - 2. École/PO - 3. Prévention). Ce **troisième volet** doit être rempli par le conseiller en prévention (ou son délégué). La déclaration complète doit être envoyée au Service des accidents du travail de préférence **par mail** à : accidents.travail.enseignement@cfwb.be

Informations sur la victime

N° de registre national * :

—

Indiquez le n° BIS si la victime n'est pas résidente belge.

NOM * :

Prénom * :

N° FASE et nom de l'école / PO dont dépend la victime au moment de l'accident * :

N° FASE :

Dénomination :

Occupation de la victime

Activité de l'établissement

Quelle est l'activité de l'établissement dont dépend la victime au moment de l'accident ? *

Exemples : enseignement, orientation scolaire ...

Occupation

Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de ses fonctions habituelles ? *

OUI

NON

Si non, précisez l'occupation exercée :

Circonstances de l'accident

Pour vous aider à compléter les rubriques suivantes, la liste des codes et des descriptions correspondantes a été reprise dans l'annexe 6 de la circulaire disponible sur enseignement.be/accitrav.

Date de l'accident

L'accident est survenu le *

Type de travail

Code * :

Exemple : «42»

Description * :

Exemples : «enseignement», «éducation», «comptabilité» ...

Dernière déviation qui a conduit à l'accident

Code * :

Exemple : «50»

Description * :

Exemple : «chute sur pavé glissant»

Objet concerné par l'évènement déviant

Code *: . Exemple : «01.00»

Description *: Exemple : «sol de la cour de récréation»

Contact ayant causé la lésion

Code *: Exemple : «30»

Description *: Exemple : «contact du genou sur le pavé»

Nature de la lésion

Code *: Exemple : «11»

Description *: Exemple : «Hématome et écorchures»

Localisation de la lésion

Code *: Exemple : «62»

Description *: Exemple : «Genou droit»

Conséquences de l'accidentQuelles sont les conséquences de l'accident pour la victime ? * *Cochez une seule case.* Pas d'incapacité temporaire de travail et pas de prothèses à prévoir Pas d'incapacité temporaire de travail mais prothèse(s) à prévoir Incapacité temporaire de travail Précisez :

Date et heure de cessation du travail : Le _____ à _____

La victime a-t-elle repris le travail ?

 OUI Précisez la date de reprise du travail : Le _____ NON Précisez la durée probable de l'incapacité : _____ jours Incapacité permanente à prévoir Si connu, précisez le taux d'incapacité à prévoir : _____ % Décès Précisez la date du décès : Le _____**Moyens de protection**

La victime était-elle équipée de moyens de protection lors de l'accident? *

 NON OUI Si oui, lesquelles ?

Casque	Gilet fluorescent	Protection contre les chutes
Ceinture de sécurité	Lunettes de sécurité	Protection de l'ouïe
Chaussures de sécurité	Masque respiratoire à filtre	Tenue de signalisation
Écran facial	Masque respiratoire avec apport d'air frais	Veste de protection
Gants	Masque antiseptique	

Autre(s) :

Mesures de prévention

Des mesures de prévention ont-elles été prises / sont-elles à prendre pour prévenir de semblables accidents? *

NON OUI Si oui, lesquelles ?

Mesure n°1 La liste des codes se trouve dans la circulaire disponible sur [enseignement.be/accitrav](https://www.enseignement.be/accitrav).

Code : Exemple : «33»

Description : Exemple : «revoir le revêtement du sol»

Mesure n°2

Code :

Description :

Mesure n°3

Code :

Description :

Mesure n°4

Code :

Description :

Signature

Le conseiller en prévention ou son délégué (NOM et prénom) * :

Date * : Le

Signature * :

Si vous n'êtes pas le conseiller en prévention, merci de préciser votre fonction :