

INSTITUT NATIONAL DE SECURITE SOCIALE

Institué par le Décret-loi du 29 juin 1961
Sous la garantie de l'Etat

MODELE A. 1

N°

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Identification du travailleur, victime de l'accident :

Nom :

Post-noms ou prénoms :

Surnoms :

Sexe : F/M :

Né à : lieu : Secteur :

le :

Père :

Mère :

Adresse en vue du paiement :

Chefferie : Secteur :

Rue ou Avenue : N° : Ville :

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale

Numéro de la carte d'Identité

Identification de l'Employeur de la victime :

Nom : Nom du déclarant :

Post-noms : Post-noms :

Adresse :

Siège de l'exploitation :

Numéro d'affiliation de l'Employeur

Renseignements relatifs à l'accident :

Date d'entrée en service de la victime : Fonction habituelle :

Date de l'accident : Lieu : Heure :

L'accident est-il survenu sur le lieu du travail : **OUI – NON**

Description aussi exacte que possible des causes et des circonstances de l'accident :

.....
.....

Noms, post-noms et adresses des principaux témoins

.....
.....

L'accident a-t-il été causé par la faute d'un tiers, étranger à l'entreprise ou par l'ouvrier ou l'employé d'un autre employeur ?

Dans l'affirmatif faire connaître :

1) Le nom et adresse du tiers :

.....

2) Le n° et la date du PV de constat de la police :

.....

3) Le nom de l'O.P.J. Verbalisant :

.....

4) La date et n° du transmis au parquet :

Renseignements divers :

REMUNERATIONS de la victime des trois derniers mois
civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu.

1^{er} mois

2^e mois

3^e mois

COMPOSITION de la famille de la victime

REEMPLIR LE VERSO

Cachet de l'Employeur

Le soussigné certifie l'exactitude des renseignements
contenus dans la présente déclaration

Fait à, le20.....

Signature

COMPOSITION DE FAMILLE DE LA VICTIME

I. Epouse monogame non divorcée ni séparée de corps

Nom et post-noms :
Résidence actuelle :
Née le (âge réel ou apparent) :
Nom du Père :
Nom de la mère :
Localité : Secteur : Commune :
Rue de : N° Ville :

II. Epoux monogame non divorcé ni séparé de corps, invalide et vivant entièrement à charge de la victime

Nom et post-noms :
Résidence actuelle :
Née le (âge réel ou apparent) :
Nom du Père :
Nom de la mère :
Localité : Secteur : Commune :

III. Enfants âgés de moins de 16 ans

	<u>Noms et post-noms</u>	<u>Age (date de naissance)</u>	<u>Résidence actuelle</u>
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

IV. Enfant âgés de plus de 16 ans et de moins de 26 ans qui sont apprentis ou qui poursuivent des études dans des établissements d'enseignements de plein exercice

	<u>Noms et post-noms</u>	<u>Age (date de naissance)</u>	<u>Résidence actuelle</u>
1.
2.
3.
4.

V. Enfants qui par suite de leur physique ou mental sont incapables d'exercer une activité lucrative

	<u>Noms et post-noms</u>	<u>Age (date de naissance)</u>	<u>Résidence actuelle</u>
1.
2.
3.

VI. Enfants sous tutelles : coutumières, orphelins de père ou de mère

	<u>Noms et post-noms</u>	<u>Age (date de naissance)</u>	<u>Résidence actuelle</u>
1.
2.
3.

Les enfants précités sont à charge de :

Nom et post-noms : Adresse

Je soussigné certifie l'exactitude des renseignements contenus dans la présente déclaration.