

**DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL  
ET DE MALADIE PROFESSIONNELLE**  
*INDUSTRIAL ACCIDENT AND OCCUPATIONAL  
DISEASE DECLARATION FORM*

**A ÉTABLIR EN 3 EXEMPLAIRES DONT / TO BE FILLED IN 3 COPIES**

- **le 1er** accompagné du certificat médical initial est adressé dans les trois (3) jours au Centre de Prévoyance Sociale de votre ressort ;  
*the 1st one accompanied with an initial medical certificate is sent within three days to the Social Insurance Centre of your area of resident ;*
- **le 2e** est adressé dans les trois (3) jours à l'Inspection du Travail de votre ressort ;  
*the 2nd one is sent within three days to the Labour Inspectorate of your area of resident ;*
- **le 3e** est classé aux archives de l'Employeur  
*the 3rd one is filled in the Employer's archives.*

**1) EMPLOYEUR / EMPLOYER :**

**Numéro employeur SCIFE (ou n° contribuable) :** .....  
*SCIFE employer, number (or tax payer n°)*  
**Nom ou raison sociale :** .....  
*Name or business name*  
**Adresse :** .....  
*Address*  
**Activité professionnelle :** .....  
*Activity*

**2) VICTIME - VICTIM :**

**Matricule assuré CNPS :** .....  
*NSIF Registration n°*  
**Nom et Prénoms :** .....  
*Name and Surnames*  
**Emploi :** .....  
*Occupation*  
**Résidant à (quartier) :** .....  
*Resident*  
**Adresse :** .....  
*Address*

**Le Travailleur a-t-il déjà été victime des risques professionnels ?**  
*Had the Worker formerly been a victim of occupational risks ?*

OUI (yes)  NON (no) (1)

**1er cas : date :** ..... **taux d'incapacité P.....%**  
*1st case : date rate of incapacity*  
**2e cas : date :** ..... **taux d'incapacité P.....%**  
*2nd case : date rate of incapacity*  
**3e cas : date :** ..... **taux d'incapacité P.....%**  
*3rd case : date rate of incapacity*  
**4e cas : date :** ..... **taux d'incapacité P.....%**  
*4th case : date rate of incapacity*

**3) ACCIDENT - ACCIDENT :**

**a) Circonstances :**

*Circumstances*  
**Date :** ..... **Heure :** .....  
*Date Hour*  
**Lieu de l'accident :** .....  
*Place of accident*  
- **Village ou Quartier :** .....  
*Village or Quarter*  
- **Rue, Avenue, Boulevard (lieu précis) :** .....  
*Street, Avenue, Boulevard (exact place)*  
- **Arrondissement :** .....  
*Sub-division*  
- **Département :** .....  
*Division*

**Causes de l'accident (décrire brièvement comment l'accident est survenu)**  
*Causes of accident (describe briefly how the accident occurred)*

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

**Observations - Remarks :**

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

**b) Conséquences de l'accident - Consequences of the accident :**

- **Nature de lésions :** .....  
*Nature of injuries :*

- **Siège des lésions (préciser la partie du corps atteinte) :** .....  
*Place of the injuries (state the part of the body injured) :*

- **Suite de l'accident (1) :** .....  
*After-effects of the accident :*

**Sans arrêt de travail**  
*No sick leave*

**Arrêt supérieur à 24 heures**  
*Sick leave longer than 24 hours*

**Décès immédiat**  
*Immediate death*

**La victime a-t-elle été hospitalisée ? Si oui où ? - Has the victim been kept in hospital ? If yes. Where ?**

.....

**c) Tiers responsables : (le cas échéant si la cause de l'accident est imputable à un tiers)**

*Third party (in the absence, if a third party is responsible for the accident)*

**Nom ou raison sociale :** .....  
*Name or business name :*

**Adresse :** .....  
*Address :*

**Organisme assureur et numéro de la Police (en cas d'accident de circulation).**  
*Organization insurer and insurance policy number (in case of a traffic accident).*

.....

**4) MALADIE PROFESSIONNELLE : (joindre le dossier médical)**

*OCCUPATIONAL DISEASE : (please enclose the medical file).*

**5) REMUNERATION DE LA VICTIME - REMUNERATION OF THE VICTIM**

**a) Secteur de classification professionnelle** .....  
*Section of occupational classification*

**b) Catégorie**..... **Echelon** .....  
*Categorie* ..... *Incremental position*

**c) L'employeur continue t-il à payer normalement la victime pendant la période d'indisponibilité ?**  
*Does the employer continue to pay the victim during the period of disability ?*

**OUI**  
*yes*

**NON**  
*no*

**Si le travailleur n'a pas encore une ancienneté de 3 mois dans l'entreprise, indiquer sa date d'embauche**

*If the worker has been in the Company for less than three months, please mention the date of his employment.*

..... / ..... / .....  
**jour**                      **mois**                      **année**  
*day*                              *month*                              *year*

**Signature de l'employeur dans un délai de trois (3) jours ouvrables à compter de la date de survenance du sinistre, ou en cas de carence, du travailleur dans un délai de trois (3) ans.**

*Signature of the employer within three (3) working days from the date of occurrence of the claim, or in case of default, of the worker within three (3) years.*

**Fait à**....., **le** .....

*At* ..... *on* .....

(1) rayer la mention inutile  
*strick out where inaplicable*