



DECLARATION D'ACCIDENT

N° du Dossier	
A renvoyer à l'attention du service CCA :	accidents@itm.etat.lu

(réservé à l'administration)

FOR-CCA-005_F

1.1 Lieu et date de l'accident

Lieu			
N° rue / CP Localité			
Date		Heure (HH:MM):	

1.2 Identité des parties

1.2.1 Employeur

Dénomination de l'entreprise, de l'administration ou nom et prénom de l'employeur			
Numéro d'identification		Code NACE :	
N° rue / CP Localité			
Tél. / Mail			
Personne de contact			

1.2.2 Entreprise intérimaire

Dénomination de l'entreprise			
Numéro d'identification		Code NACE :	
N° rue / CP Localité			
Tél. / Mail			
Personne de contact			

1.2.3 Accidenté(e)

Nom/Prénom			
Numéro d'identification			
N° rue / CP Localité			
Tél. / Mail			
Qualification professionnelle			
Date d'embauche			
Poste occupé depuis le		Taux d'occupation :	%
Contrat de travail	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat de mission <input type="checkbox"/> Autre :		

Inspection du travail et des mines

Adresse postale:

Bureaux:

Site internet:

B.P. 27

3, rue des Primeurs

<http://www.itm.lu>

L-2010 Luxembourg

L-2361 Strassen

Vers. : 01/02/2021

Tel.: +352 247-76100

Fax: +352 247-96100

1.3 Coordonnées des autres personnes concernées

1.3.1 Témoin(s)

Nom / Prénom		
Numéro d'identification		
N° rue / CP Localité		
Tél. / Mail		

Nom / Prénom		
Numéro d'identification		
N° rue / CP Localité		
Tél. / Mail		

1.3.2 Salarié désigné¹

Nom / Prénom			
Numéro d'identification			
N° rue / CP Localité			
Tél. / Mail			
Formation	Niveau :	Certificat délivré le :	Formation complémentaire du :
Profession / Position dans l'entreprise			

1.3.3 Délégué à la sécurité²

Nom / Prénom		
Numéro d'identification		
N° rue / CP Localité		
Tel. / Mail		

1.4 Description de l'accident

1.4.1 Caractéristiques de l'accident

<input type="checkbox"/> Chute de hauteur	<input type="checkbox"/> Chute de plain-pied	<input type="checkbox"/> Chute d'objet	<input type="checkbox"/> Éboulement
<input type="checkbox"/> Éclatement	<input type="checkbox"/> Glissade	<input type="checkbox"/> Accrochage	<input type="checkbox"/> Coinçage
<input type="checkbox"/> Contact mécanique avec machine	<input type="checkbox"/> Contact électrique	<input type="checkbox"/> Explosion	
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Accident causé par une autre personne		

1.4.2 Activité de l'accidenté au moment de l'accident

Chantier	Atelier / fabrication	Autres
<input type="checkbox"/> Construction	<input type="checkbox"/> Travail de matériel	<input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule
<input type="checkbox"/> Travaux de tranchée	<input type="checkbox"/> Levage / accrochage	<input type="checkbox"/> Circulation à pied
<input type="checkbox"/> Travaux de coffrage	<input type="checkbox"/> Opérateur de machine	<input type="checkbox"/> Transport
<input type="checkbox"/> Coulage de béton	<input type="checkbox"/> Ajustage d'une machine	<input type="checkbox"/> Travail agricole et forestier
<input type="checkbox"/> Démolition	<input type="checkbox"/> Entretien d'une machine	<input type="checkbox"/> Entretien général
<input type="checkbox"/> Travail en hauteur	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Autre :		

¹ Conformément à l'article L. 312-3 (1) du Code du Travail.

² Membre de la délégation du personnel.

1.5 Lésions de l'accidenté

Pas de lésion

1.5.1 Nature de(s) la lésion(s)

<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Contusion	<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Entaille	<input type="checkbox"/> Écrasement
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Chimique	<input type="checkbox"/> Plaies	<input type="checkbox"/> Autres :	

1.5.2 Endroit de(s) la lésion(s)

<input type="checkbox"/> Tête	Épaule(s):	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite		
<input type="checkbox"/> Œil (Yeux)	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit	Bras, y compris coude(s):	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Oreille	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	Main(s), y compris doigts:	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite
<input type="checkbox"/> Cou	Jambe(s), y compris genou(x):	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite		
<input type="checkbox"/> Dos	Pied(s), y compris les orteils:	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit		
<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer:				
<input type="checkbox"/> Ventre, bassin					
<input type="checkbox"/> Localisation inconnue	<input type="checkbox"/> Ensemble du corps et endroits multiples				

1.5.3 Conséquences de l'accident

<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Pas d'arrêt de travail
Durée d'incapacité de travail :		Information du (date) :	

1.6 Conditions de travail de l'accidenté

1.6.1 Lieu de travail

Poste de travail habituel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-----------------------------	---

1.6.2 Milieu de travail

<input type="checkbox"/> Chantier	<input type="checkbox"/> Ligne de production	<input type="checkbox"/> Atelier	<input type="checkbox"/> Entrepôt
<input type="checkbox"/> Bureau/commerce	<input type="checkbox"/> Voie de circulation	<input type="checkbox"/> Escaliers, couloir	
<input type="checkbox"/> Autre :			

1.6.3 Temps de travail

Travail sur postes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Temps de travail normal	de	à	et de	à
Temps de travail effectif	de	à	et de	à

1.6.4 Équipement de travail utilisé respectivement en cause

Aucun équipement utilisé

Travaux en hauteur	Machines/outils	Conditions spécifiques
<input type="checkbox"/> Échelle	<input type="checkbox"/> Machine isolée	<input type="checkbox"/> Substance dangereuse
<input type="checkbox"/> Échafaudage	<input type="checkbox"/> Machine intégrée dans ligne de fabrication	<input type="checkbox"/> Liquide
<input type="checkbox"/> Corde	<input type="checkbox"/> Machine mise en service avant 1992	<input type="checkbox"/> Gaz
<input type="checkbox"/> Nacelle	<input type="checkbox"/> Machine mise en service dès 1992	<input type="checkbox"/> Poussières
<input type="checkbox"/> Appareil de levage	<input type="checkbox"/> Véhicule	<input type="checkbox"/> Courant électrique
<input type="checkbox"/> Accessoire de levage	<input type="checkbox"/> Outil/machine à main	<input type="checkbox"/> Rayonnement
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Outil tranchant	<input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> Outils coinçant	
	<input type="checkbox"/> Autre :	

1.6.5 Équipement de protection individuelle (EPI)

Désignation de l'EPI	Nécessaire ?	Porté ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2 Rapport circonstancié

En vertu de l'article L. 312-5. (1) 4 du Code du travail, l'employeur doit établir et communiquer dans les meilleurs délais à l'Inspection du travail et des mines, des rapports concernant les accidents de travail dont ont été victimes ses salariés. Le rapport circonstancié doit comprendre :

- le récit exact du déroulement de l'accident ;
- une analyse succincte des causes directes de l'accident ;
- les mesures préventives retenues pour prévenir ces risques à l'avenir.

--

3 Signature

Je soussigné certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et établis de bonne foi

Nom et prénom du signataire :		Signature de l'employeur ou de son délégué
Fonction du signataire :		
Lieu et date :		
Signature de l'Entreprise intérimaire		Contre-signature de l'entrepreneur de travail intérimaire

Protection des données

Tout employeur transmettant ce formulaire de déclaration d'accident à l'Inspection du travail et des mines (ITM) reconnaît, par ce simple fait, que les données à caractère personnel transmises et nécessaires à l'ITM dans le cadre de l'exercice de ses attributions, à savoir contribuer au développement d'une culture de prévention et de coopération en matière de conditions de travail englobant la santé, la sécurité et l'hygiène du salarié et veiller et faire veiller à l'application de la législation dont notamment les conditions de travail et la protection des salariés, fassent l'objet d'un traitement par l'ITM.

Sous réserve de prescriptions légales ou réglementaires, les données à caractère personnel ainsi recueillies ne sont pas destinées à être communiquées à des tiers autres que les personnes désignées par la loi et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des missions de l'ITM. Dans les limites et pour les finalités mentionnées ci-avant, certaines données à caractère personnel sont susceptibles d'être communiquées, chaque fois que l'ITM y est légalement tenue, au ministre ayant dans ses attributions le travail, aux administrations compétentes, au Comité de coordination du système national d'inspection du monde du travail, aux autorités judiciaires, à toute personne physique ou morale de droit privé ou public et à tout organisme, et/ou expert agréé(e) par le ministre.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données en vigueur au Grand-Duché de Luxembourg, les personnes concernées ont (i) un droit d'accès, (ii) un droit d'opposition sauf dans les cas où le traitement des données présente un caractère obligatoire, (iii) un droit de rectification et (iv) un droit à l'effacement des données qui les concernent.

Les données à caractère personnel sont traitées conformément à la Déclaration de confidentialité en vigueur et disponible sur le site Internet de l'ITM www.itm.lu.

L'employeur s'engage à informer le salarié accidenté et les autres personnes dont les données sont collectées dans le cadre de la présente déclaration d'accident de la Déclaration de confidentialité en vigueur.

L'employeur garantit à l'ITM avoir obtenu le consentement des personnes concernées pour le traitement de leurs données par l'ITM, pour autant que de besoin.

Si une personne a une réclamation relative au traitement de ses données à caractère personnel, ou si elle suspecte une potentielle violation de la sécurité de ses données à caractère personnel, elle peut consulter la procédure de réclamation sur le site Internet de l'ITM et/ou contacter l'ITM en s'adressant au Service Protection des Données, B.P. 27, L-2010 Luxembourg, e-mail : protection.donnees@itm.etat.lu.

Toute personne a également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale pour la Protection des Données (CNPD), ayant son siège à L-4370 Belvaux, 15, Boulevard du Jazz, www.cnpd.lu.