



N° du Dossier (réservé à l'Administration) :

A renvoyer à l'attention du service CCA :

accidents@itm.etat.lu

Déclaration et rapport d'accident du travail

A remplir par l'employeur !

FOR-CCA-005_F_5

Articles L. 312-5 (1) point 4 et L. 614-11 du Code du travail

1 LIEU ET DATE DE L'ACCIDENT

Lieu et emplacement du travail			
N° et rue/CP et Localité			
Date :		Heure:	(HH:MM)

2 IDENTITE DES PARTIES

2.1 Informations sur l'entreprise/l'employeur

Dénomination sociale de l'entreprise ou nom/prénom de l'employeur			
N° d'identification		Code NACE :	
N° et rue/CP et Localité			
Téléphone/Mail			

2.2 Informations sur la personne/salarié accidenté(e)

Nom/prénom			
N° d'identification		Date de naissance :	
Nationalité/Sexe		<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin
N° et rue/CP et Localité			
Téléphone/Mail			
Qualification professionnelle/Fonction			
Date d'embauche			
Poste occupé depuis le		Durée de travail :	<u>heures</u>
Contrat de travail	<input type="checkbox"/> CDI	<input type="checkbox"/> CDD	<input type="checkbox"/> Contrat de mission (Point 2.3 à remplir)
Autre contrat	<input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Apprenti
<input type="checkbox"/> Autre (à indiquer) :			

2.3 Entreprise de travail intérimaire

Dénomination sociale de l'entreprise			
N° d'identification		Code NACE :	
N° et rue/CP et Localité			
Téléphone/Mail			

3 DONNÉES DES AUTRES PERSONNES IMPLIQUÉES/DONNÉES DE L'ACCIDENT

3.1 Témoin

Nom/prénom		
N° d'identification		Date de naissance :
N° et rue/CP et Localité		
Téléphone/Mail		
Profession/Fonction		

3.1.1. Témoin

Nom/prénom		
N° d'identification		Date de naissance :
N° et rue/CP et Localité		
Téléphone/Mail		
Profession/Fonction		

3.2 Salarié désigné (Conformément à l'article L. 312-3 (1) du Code du travail)

Nom/prénom		
N° d'identification		Date de naissance :
N° et rue/CP et Localité		
Téléphone/Mail		
Formation (Niveau A; B; C)	Niveau :	Certificat délivré le :
		Formation complémentaire du :
Profession/Fonction		

3.3 Délégué à la sécurité (Conformément à l'article L. 414-14 du Code du travail (délégation du personnel))

Nom/prénom		
N° d'identification		Date de naissance :
N° et rue/CP et Localité		
Téléphone/Mail		
Formation	Certificat délivré le :	Formation de remise à niveau du :
Profession/Fonction		

3.4 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"/> Effondrement
<input type="checkbox"/> Eclatement	<input type="checkbox"/> Glissade	<input type="checkbox"/> Accrochage	<input type="checkbox"/> Coinçage
<input type="checkbox"/> Contact mécanique avec machine	<input type="checkbox"/> Electrocutation	<input type="checkbox"/> Explosion	
<input type="checkbox"/> Autre :			

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

<input type="checkbox"/> Construction	<input type="checkbox"/> Travail de matériel	<input type="checkbox"/> Circulation à pied
<input type="checkbox"/> Travaux de tranchée	<input type="checkbox"/> Levage / accrochage	<input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule
<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
<input type="checkbox"/> Démolition	<input type="checkbox"/> Entretien d'une machine	<input type="checkbox"/> Travail forestier
<input type="checkbox"/> Travail en hauteur	<input type="checkbox"/> Entretien général	<input type="checkbox"/> Travail de jardinage
<input type="checkbox"/> Autre:		

3.5 Nature de(s) la lésion(s)			<input type="checkbox"/> Aucune blessure			
<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Contusion	<input type="checkbox"/> Coincement	<input type="checkbox"/> Entaille	<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Plaies
<input type="checkbox"/> Chimique	<input type="checkbox"/> Autres :					

3.5.1 Endroit de(s) la lésion(s)			
<input type="checkbox"/> Tête	Œil (yeux) :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Cou	Epaule(s) :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Dos	Bras, y compris coude(s) :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Thorax	Main(s), y compris doigts :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Ventre, bassin	Jambe(s), y compris genou(x) :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s), prière d'indiquer :	Pied(s), y compris les orteils :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit

3.5.2 Conséquences de l'accident (Merci d'introduire au moins une conséquence)			
<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 : jours		<input type="checkbox"/> Reprise du travail le (date) :	
Information du (date) :		<input type="checkbox"/> Pas de reprise de travail	

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

3.6.1 Milieu de travail				
<input type="checkbox"/> Chantier	<input type="checkbox"/> Atelier	<input type="checkbox"/> Bureau/commerce	<input type="checkbox"/> Cuisine/restaurant	<input type="checkbox"/> Entrepôt
<input type="checkbox"/> Escaliers, couloir	<input type="checkbox"/> Exploitation agricole	<input type="checkbox"/> Ligne de production	<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Forêt
<input type="checkbox"/> Parking	<input type="checkbox"/> Voie de circulation	<input type="checkbox"/> Autre :		

3.6.2 Temps de travail	Travail posté ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Durée normale de travail	de :	jusqu'à :	et de : jusqu'à :
Durée effective du travail	de :	jusqu'à :	et de : jusqu'à :

3.6.3 Équipements de travail utilisés	<input type="checkbox"/> Aucun équipement de travail utilisé		<input type="checkbox"/> Substance dangereuse
<input type="checkbox"/> Machine isolée	<input type="checkbox"/> Outil de serrage	<input type="checkbox"/> Corde	<input type="checkbox"/> Gaz
<input type="checkbox"/> Machine en ligne de production	<input type="checkbox"/> Outil de coupe	<input type="checkbox"/> Echafaudage	<input type="checkbox"/> Liquide
<input type="checkbox"/> Machine en service avant 1992	<input type="checkbox"/> Accessoire de levage	<input type="checkbox"/> Nacelle	<input type="checkbox"/> Courant électrique
<input type="checkbox"/> Machine en service depuis 1992	<input type="checkbox"/> Appareil de levage	<input type="checkbox"/> Echelle	<input type="checkbox"/> Poussière
<input type="checkbox"/> Outillage à main/machine	<input type="checkbox"/> Outil tranchant	<input type="checkbox"/> Véhicule	<input type="checkbox"/> Radiation
<input type="checkbox"/> Autre:			

3.6.4 Désignation de l'équipement de protection individuelle	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
	<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

4 DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU DÉROULEMENT DE L'ACCIDENT

Indication précise de l'activité de la victime lors de l'accident, des équipements de travail utilisés ainsi que les causes de l'accident.

Indication des mesures de prévention en place au moment de l'accident.

Indication des mesures préventives prises ou à prendre pour éviter un accident similaire à l'avenir.

5 SIGNATAIRE (EMPLOYEUR OU SON REPRÉSENTANT)

Nom et prénom de l'employeur ou de son représentant		Signature
Fonction du signataire		
Lieu :	Date :	
Nom et prénom de l'entrepreneur de travail intérimaire ou de son représentant		Signature
Fonction du signataire		
Lieu:	Date :	

Les données à caractère personnel communiquées par l'administré sont traitées par l'Inspection du travail et des mines (ITM) en qualité de responsable de traitement et en conformité avec les dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

Pour plus de détails, vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données » du site internet de l'ITM : <https://itm.public.lu/fr/support/protection-donnees.html>.