



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

Déclaration et rapport d'accident du travail

A remplir par l'employeur !

FOR-CCA-005_F_3

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

1 – LIEU ET DATE DE L'ACCIDENT

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

2 – IDENTITE DES PARTIES

2.1. Employeur

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

2.2. Entreprise de travail intérimaire

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

2.3. Accidenté(e)

Nom et prénom		
Numéro d'identification		
N° rue / CP Localité		
Tél. / E-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 :	

3 – COORDONNEES DES AUTRES PERSONNES CONCERNEES

3.1 Témoin(s)

Nom et prénom		
Numéro d'identification		
N° rue / CP Localité		
Tél. / E-mail		

3.2 Salarié désigné¹

Nom et prénom		
Numéro d'identification		
N° rue / CP Localité		
Tél. / E-mail		
Formation	Niveau :	Certificat délivré le : Formation complémentaire du :
Profession / Position dans l'entreprise		

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

3.2 Délégué à la sécurité²

Nom et prénom		
Numéro d'identification		
N° rue / CP Localité		
Tél. / E-mail		

4 – DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

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"/> Eboulement
<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"/> Contact électrique	<input type="checkbox"/> Explosion	
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Accident causé par une autre personne		

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 :		

² Membre de la délégation du personnel

5 – LESION(S) DE L'ACCIDENTE

Pas de lésion

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"/> Ecrasement
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Chimique	<input type="checkbox"/> Plaies	<input type="checkbox"/> Autres :	

5.2 Endroit de(s) la lésion(s)

<input type="checkbox"/> Tête	Epau(s) :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<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"/> Cou	Main(s), y compris doigts :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Dos	Jambe(s), y compris genou(x) :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Thorax	Pied(s), y compris les orteils :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droit
<input type="checkbox"/> Ventre, bassin			
<input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s), prière d'indiquer :			

5.3 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 :		Information du (date) :	

6 – CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'ACCIDENTE(E)

6.1 Lieu de travail

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

6.2 Milieu de travail

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

<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> Entrepôt
---------------------------------	-----------------------------------

6.3 Temps de travail

Travail sur postes Oui Non

Temps de travail normal de à et de à

Temps de travail effectif de à et de à

6.4 Equipement de travail utilisé respectivement en cause

Aucun équipement de travail utilisé

Travaux en hauteur	Machines/outils	Conditions spécifiques
<input type="checkbox"/> Echelle	<input type="checkbox"/> Machine isolée	<input type="checkbox"/> Substance dangereuse
<input type="checkbox"/> Echafaudage	<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"/> Poussière
<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	
	Autre:	

6.4 Equipement 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

7 – RAPPORT D'ACCIDENT DU TRAVAIL

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 doit comprendre :

- le récit du déroulement de l'accident du travail ;
- la chronologie de l'évènement ;
- l'analyse des causes de l'accident du travail ;
- les mesures préventives retenues pour éliminer ces causes et risques à l'avenir ;

Description obligatoire

8 – SIGNATURE

Je soussigné déclare que les renseignements portés sur ce formulaire sont sincères et véritables.

Nom et prénom de l'employeur ou de son représentant	Signature de l'employeur ou de son représentant
Fonction du signataire	
Lieu et date	
Nom et prénom de l'entrepreneur de travail intérimaire ou de son représentant	Signature l'entrepreneur de travail intérimaire ou de son représentant
Fonction du signataire	
Lieu et 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>.