



Centre Hospitalier de Lens

## DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU D'ACCIDENT DE TRAJET

### A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM et prénoms de l'agent :

Code UF :

Pôle :

### B SITUATION ADMINISTRATIVE

Titulaire

Contractuel

### C RAPPORT ADMINISTRATIF

Date et heure de l'accident :

à

NATURE DE L'ACCIDENT :  accident de service

accident de trajet :

trajet aller

trajet retour

### D RÉSUMÉ DES FAITS DE L'ACCIDENT

1) Résumé succinct des faits de l'accident :

2) Déclaration des témoins :

A LENS, le

L'agent

le(s) témoin(s)

Le cadre