



# ACADÉMIE DE MAYOTTE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## RAPPORT PRÉALABLE

par le chef d'établissement / l'I.E.N. / le chef de service  
*toutes les rubriques doivent être complétées, clairement et précisément.*

DRH  
Service des affaires médicales

### À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE COMPLÉTER LE DOCUMENT :

- **Un rapport n'est :**
  - **ni un certificat,**
  - **ni une attestation,**
  - **ni une redite** de déclarations de l'agent, directes ou rapportées par des tiers : **vous devez les vérifier** ;
  - il ne doit en ressortir aucune subjectivité et vous avez le devoir de faire état, le cas échéant, de vos réserves : le comportement de l'agent ou des circonstances particulières peuvent rompre le lien avec le service ;
  - en matière d'accident de trajet, la charge de la preuve est renforcée : les seules déclarations du demandeur ne peuvent suffire à établir le caractère professionnel de l'accident, quelle que soit sa bonne foi.

NOM et Prénom de la victime : ..... corps/grade : .....

L'agent déclare avoir eu son accident le (date) : ..... à (heure).....

L'agent vous a averti de son accident le (date) : ..... à (heure) : .....

**Les déclarations de l'agent sont-elles seules à étayer l'existence de l'accident**, sa date, son heure, son lieu ou ses circonstances précises ? (N.B. : le certificat médical constate des lésions, pas les conditions de leur survenue).....

**Avez-vous effectué des vérifications** (cf encadré ci-dessus) ?  oui  non.

Si oui, **lesquelles** ? quelles sont d'après celles-ci les **lieu, date, heure** et **circonstances détaillées** de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Cela correspond-il aux obligations de service** de l'agent, inscrites dans ses fonctions statutaires et son emploi du temps, ou à défaut ressortant d'un ordre de mission préalable ou d'une convocation (*document à joindre au dossier*) :

.....

.....

**Réserves, commentaire complémentaire** ; avez-vous pu constater personnellement des lésions ? Lesquelles et à quel moment précis (*observations visuelles, ne se confondant pas avec un exercice illégal de la médecine*) ? :

.....

.....

.....

.....

.....

NOM, Prénom, fonctions : .....Date, cachet & signature :

- chef d'établissement** (2<sup>nd</sup> degré public)
- I.E.N.** (1<sup>er</sup> degré)
- chef de service**