

En cas d'accident survenant à l'élève :

- soit au cours d'une activité professionnelle dans l'établissement
- soit au cours de la période de formation en milieu professionnel
- soit au cours du trajet pour se rendre en PFMP.

Conformément à l'article R. 412-4 du code de la sécurité sociale,

L'ENTREPRISE doit :

- ↳ Informer immédiatement Le lycée en téléphonant à M. Franck Hardy Directeur Délégué aux Formations et/ou au secrétariat du Proviseur
Site Mézeray : 02.33.67.88.88 ou Site Gabriel 02.33.12.28.80
- ↳ Adresser la **déclaration d'accident du travail** (feuillelet bleu Cerfa 14463*03) téléchargeable sur internet à la CPAM, **complétée comme l'exemple ci-dessous**, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 48 heures suivant l'accident.
- ↳ Envoyer une copie de la déclaration d'accident du travail, au lycée à l'attention de M. Franck Hardy Directeur Délégué aux Formations.
- Pour les **élèves scolarisés** sur le site **Mézeray** : 6, place Robert Dugué 61200 Argentan.
- Pour les **élèves scolarisés** sur le site **Gabriel** : 7, rue Saint Expupéry 61200 Argentan.

cerfa		DÉCLARATION	
N° 14463*03		D'ACCIDENT DU TRAVAIL <input type="checkbox"/>	D'ACCIDENT DE TRAJET <input type="checkbox"/>
DAT-PRE		<small>(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)</small>	
<small>L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ(E) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE QUATRIÈME VOLET.</small>			
L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)			
Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur		Lycée Polyvalent Mézeray-Gabriel	
Adresse		Lieu-dit	
6, place Robert Dugué ou 7 rue St Expupéry			
Code postal	Argentan	N° de Téléphone	02.33.67.88.88 ou 02.33.12.28.80
N° SIRET de l'établissement d'attache		N° de risque Sécurité Sociale	
1 9 6 1 0 0 0 6 9 0 0 0 1 8			
Nom du service de santé au travail		Code postal	
Adresse			
LA VICTIME (se reporter à la notice)			
N° d'immatriculation	n° de sécurité sociale de l'élève		À défaut, sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Date de naissance
Nom et prénom <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</small>			
Adresse		Lieu-dit	
Code postal		Nationalité	
		Française <input type="checkbox"/>	
		EEE, Suisse <input type="checkbox"/>	
		Autre <input type="checkbox"/>	
Date d'embauche	Profession		Stagiaire ou élève en PFMP
Qualification professionnelle		Ancienneté dans le poste de travail	
stagiaire			
Contrat de travail : CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Apprenti/Elève <input checked="" type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>			
LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)			
Date		heure	
Lieu de l'accident <small>(Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)</small>			
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps			Numéro de SIRET du lieu de l'accident
Lieu de travail habituel	<input type="checkbox"/>	Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail	<input type="checkbox"/>
Lieu de travail occasionnel	<input checked="" type="checkbox"/>	Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas	<input type="checkbox"/>
Lieu du repas	<input type="checkbox"/>	Au cours d'un déplacement pour l'employeur	<input type="checkbox"/>
Activité de la victime lors de l'accident			<small>(Indiquez le SIRET du lieu de l'accident si celui-ci est survenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)</small>

- ↳ Remplir la **feuille d'accident du travail** (feuillelet violet S6201 – n°11383*02) ci-dessous et la donner à l'élève, afin que ce dernier puisse bénéficier de soins sans faire l'avance de frais.

L'ELEVE

- ↳ Lors de la consultation médicale, l'élève présente la feuille d'accident du travail et demande au médecin un certificat médical initial.
- ↳ Il envoie le certificat médical au secrétariat du Proviseur avec copie au bureau du Directeur Délégué aux Formations.
- ↳ Il passe au secrétariat du proviseur lors de la reprise des cours, pour régularisation.



feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(art. L. 461-2, R. 461-8 et R. 461-9 du Code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de recluse ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement par l'employeur ou la délivrance)

l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

■ Identification	
nom de l'organisme	Lycée Polyvalent Mézeray-Gabriel
adresse	site Mézeray 6 place Robert Dugué ou site Gabriel 7 rue St Exupéry
	61200 Argentan
code de l'organisme gestionnaire	1 96 1 0 0 0 6 9 0 0 0 1 8

la victime

■ Identification	
NOM (sans le 2 ^e prénom d'usage)	
prénom	date de naissance
adresse	
code postal	commune
numéro d'immatriculation	n° de sécurité sociale de l'élève

l'employeur

■ Identification	
nom et prénom ou raison sociale	Lycée Polyvalent Mézeray-Gabriel
adresse	site Mézeray 6 place Robert Dugué ou site Gabriel 7 rue St Exupéry
	61200 Argentan
code postal	commune
numéro SIRET des établissements rattachés permanents de la victime	1 96 1 0 0 0 6 9 0 0 0 1 8
êtes-vous autorisé à contracter un risque AT/MP ?	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

l'accident du travail ou la maladie professionnelle

■ accident du travail	■ maladie professionnelle
date	date de la constatation médicale
recluse du	recluse du
■ Nature	
nature	
siège	
■ numéro AT/MP (à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de recluse)	

demande de renouvellement

(à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins)

adresse	
code postal	commune
je demande le renouvellement de cette feuille d'accident	<input type="checkbox"/>
date	
signature	

0949 88191