ENQUÊTE ADMINISTRATIVE

COLLECTIVITÉ

Raison sociale : ..... Ville : ..... Code postal : .....

Numéro de SIRET : Contact dans la collectivité : .....

Téléphone du contact : ..... E-mail du contact : .....

SAPEUR-POMPIER PROFESSIONNEL / SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE

Numéro de SS Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : Latéralité du sapeur : ☐ Droitier ☐ Gaucher

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Date d'entrée au corps : ☐ Corps communal ☐ SSSM Centre de secours : .....

STATUT (si SPP)

☐ AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL

N° CNRACL :

☐ Titulaire ☐ Stagiaire

☐ Temps complet ☐ Temps partiel Taux activité :

☐ Temps non complet Nb heures travaillées/mois : h mn

GRADE

☐ Sapeur ☐ Caporal (chef) ☐ Sergent (chef) ☐ Adjudant (chef)
☐ Major ☐ Lieutenant ☐ Capitaine ☐ Officier Supérieur

CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE (si SPV)

☐ Salarié (CDI, CDD, apprentissage...) ☐ Intérimaire

☐ Travailleur Non Salarié (commerçant, profession libérale...) ☐ Fonctionnaire ☐ Assimilé fonctionnaire ☐ Militaire engagé

☐ Demandeur d'emploi indemnisé ☐ Bénéficiaire du RMI ☐ Sans revenu ☐ Etudiant ☐ Retraité ☐ Autre

ACCIDENT IMPUTABLE AU SERVICE / ACCIDENT EN SERVICE COMMANDÉ

Date de l'accident :

Heure de survenance : h

Horaires de travail le jour de l'accident ou heures d'intervention :

De h à h

et de h à h

L'accident a-t-il entraîné un décès ? ☐ OUI ☐ NON

Inscription au registre d'infirmerie : ☐ OUI ☐ NON

le : Sous le numéro : .....

Accident connu le :

à (lieu) : ..... par (acteur) : .....

La hiérarchie reconnaît-elle administrativement l'imputabilité au service de l'accident ? ☐ OUI ☐ NON

Observations éventuelles de la hiérarchie : .....

.....

.....

Nom du médecin de médecine préventive : .....

.....

.....

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? ☐ OUI ☐ NON

NATURE DU SINISTRE

☐ **Accident en service commandé**

☐ Trajet aller ☐ Trajet retour ☐ Trajet caserne/site d'intervention

☐ Trajet site d'intervention/caserne ☐ Site mission ☐ Site casernement

☐ Site employeur (SPV) ☐ Site personnel ☐ **Maladie contractée en service (SPV)**

MALADIE PROFESSIONNELLE

☐ Maladie professionnelle **(SPP)** Numéro MP

Préciser le nom des produits, des gestes répétés et/ou du matériel utilisé, susceptibles d'être à l'origine de la maladie professionnelle

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les fonctions occupées par le sapeur à l'origine de la maladie étaient-elles ?

☐ Occasionnelles ☐ Permanentes

Date d'entrée dans cette fonction

Date de cessation de cette fonction

PÉRIODES D'ARRÊT DE TRAVAIL

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? ☐ OUI ☐ NON

Date du premier jour d'arrêt* Date du dernier jour d'arrêt*

* A compléter à l'aide des certificats médicaux fournis par le sapeur