



N° 14463*01
DAT-PRE

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL D'ACCIDENT DE TRAJET

(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)
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ(É) 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.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) *(se reporter à la notice)*

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur **Imprimerie SEIC**

Adresse

Code postal **7 1 2 0 2** **Le Creusot** N° de Téléphone **0385774700**

N° SIRET de l'établissement d'attache **3 7 9 2 8 5 3 4 9 0 0 1 2 3** N° de risque Sécurité Sociale

Nom du service de santé au travail **SMIT**
Adresse **18, rue du Colonel-Denfert - BP - Chalon-sur-Saone** Code postal **7 1 1 0 4**

LA VICTIME *(se reporter à la notice)*

N° d'immatriculation **1 7 4 0 4 7 1 4 7 5 1 2 1 8 2** À défaut, sexe F M Date de naissance **1 6 0 4 1 9 7 4**

Nom et prénom **Rochette Frédéric**
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Adresse **12, rue Parmentier**
Code Postal **7 1 2 0 0** **Le Creusot** Nationalité Française EEE, Suisse Autre

Date d'embauche **2 3 0 3 2 0 1 N-2** Profession **Manutentionnaire**

Qualification professionnelle **Ouvrier** Ancienneté dans le poste de travail **2 ans et 6 mois**

Contrat de travail : CDI CDD Apprenti/Elève Intérimaire Autre

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT *(se reporter à la notice)*

Date **3 0 0 9 2 0 1 N** heure **1 6 1 5**

Lieu de l'accident **Imprimerie SEIC avenue Jean-Monnet 71200 Le Creusot**
(Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)

Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps

lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas
lieu du repas au cours d'un déplacement pour l'employeur

Numéro de SIRET du lieu de l'accident

(En cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquer le SIRET de l'établissement utilisateur.)

Activité de la victime lors de l'accident **Déchargement d'une livraison à l'aide d'un gerbeur manuel**

Nature de l'accident **Le salarié a glissé, sa jambe s'est coincée sous le gerbeur**

Objet dont le contact a blessé la victime

Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)

Siège des lésions **Jambe droite**

Nature des lésions **Double fracture tibia-péroné**

La victime a été transportée à : L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI NON

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de **0 8 0 0** à **1 2 0 0** et de **1 3 3 0** à **1 7 3 0**

Accident constaté connu le **3 0 0 9 2 0 1 N** heure **1 6 1 5** par l'employeur par ses préposés décrit par la victime

l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le sous le N°

Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) DÉCÈS

Un rapport de police a-t-il été établi ? NON OUI par qui ?

LE TÉMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE *(cocher la case correspondante)*

Le témoin ou la 1ère personne avisée (en cas d'absence de témoin)

Nom et prénom **Puchéal Martin**

Adresse **23, rue de Grenouiller Le Creusot** Code Postal **7 1 2 0 0**

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

Si OUI, nom et adresse du tiers

Société d'assurance du tiers

Nom et prénom du signataire **Joëlle Streiff**

Qualité **Directrice déléguée** Signature

Fait à **Le Creusot** le **0 1 1 0 2 0 1 N**

(*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202

DAT-PRE S6200g