



Adresse du service chargé du règlement des prestations

Académie de Créteil  
Direction des Services Départementaux  
de l'Éducation Nationale de Seine-et-Marne  
DIPATE 3  
Cité administrative  
77010 MELUN cedex

### CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)

M .....  
Fonction .....

certifie que

M.....  
.....

a été victime d'un accident de service ou du travail le .....

**L'intéressé(e) <sup>1</sup>:**

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- **agent non titulaire de l'Etat**, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,
- **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2<sup>nd</sup> degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005[D1].

Fait à ..... , le .....

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

**NB : Ce certificat ne peut être remis que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service ou au travail. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.**

**Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.**

**Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).**

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles

## INFORMATIONS

**Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais**

*Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).*

**EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE**

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

Académie de Créteil  
Direction des Services Départementaux  
de l'Education Nationale de Seine-et-Mame  
DIPATE 3  
Cité administrative  
77010 MELUN cedex

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants :

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES ET DES COORDONNEES BANCAIRES.**

↳ Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.



Adresse du service chargé du règlement des prestations

**Académie de Créteil**  
 Direction des Services Départementaux  
 de l'Éducation Nationale de Seine-et-Marne  
 DIPATE 3  
 Cité administrative  
 77010 MELUN cedex

### VOLET RECAPITULATIF

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

#### Accident de service, du travail :

Survenu le	□□□□□□□□	à	□□ h	□□
Déclaré le	□□□□□□□□			

#### Victime :

Nom de naissance : .....
Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....
Adresse personnelle : .....
Corps : .....

#### Lieu d'affectation :

--





Adresse du service chargé du règlement des prestations  
**Académie de Créteil**  
 Direction des Services Départementaux  
 de l'Éducation Nationale de Seine-et-Marne  
 DIPATE 3  
 Cité administrative  
 77010 MELUN cedex

## DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

### Accident de service, du travail :

Survenu le	□□□□□□□□	à	□□ h □□
Déclaré le	□□□□□□□□		

### Victime :

Nom de naissance : .....
Nom d'épouse : .....
Prénoms : .....
Adresse personnelle : .....
.....
.....
.....
Corps : .....

### Lieu d'affectation :

--

**Date de la demande :** □□□□□□□□ **Signature de l'agent :**

La demande de renouvellement du volet récapitulatif doit être adressée ou remise au service chargé du règlement des prestations. Cette demande de renouvellement permet à la victime d'obtenir un nouveau volet parce que le précédent a été entièrement utilisé.