



A compléter par le responsable hiérarchique sous 48H et à transmettre sous forme électronique au groupe Outlook «at.déclarations» et sous forme papier au service des ressources humaines

Déclaration d'agression

La déclaration d'agression est établie par le responsable hiérarchique de l'agent dans les 24 h suivant la connaissance de l'évènement. **Elle vaut comme un ACCIDENT DU TRAVAIL**

Le responsable hiérarchique:

- Informe le Service Prévention Sécurité
- Transmet l'original au service RH
- Transmet un exemplaire à l'agent victime de l'agression
- Conserve un exemplaire dans le service

Le service RH:

- Transmet une copie au médecin de prévention
- Transmet une copie au Service Prévention Sécurité
- Conserve l'original dans le dossier de l'agent

Service :	Responsable :
Nom de l'agent :	Statut :
Date de connaissance de l'accident par le Chef de Service :	
Horaire de travail de l'agent :	

Causes de l'agression:

Date heure et lieu de l'agression :

Identification de l'agresseur (*Nom, prénom, adresse*) :

Personne tiers Agent municipal Supérieur Hiérarchique

Motif de la rencontre avec l'agresseur :

Ce qui déclenche l'agression :

Type d'agression : (*violence verbale, insultes, menaces, bousculade, coups...*)

Description détaillées et commentaires: (*si insultes proférées, noter les termes exacts sans autocensure*)

L'agression était-elle prévisible ? :

OUI

NON

L'agresseur est un usager habituel :

OUI

NON

Y a t-il eu des précédents avec cette personne :

OUI

NON

Si oui lesquels :

Y a t-il eu des témoins :

OUI

NON

Si oui nom, prénom, des témoins :

Intervention de tiers

OUI

NON

Police Pompiers Autres (précisez) :

Témoignages :

Commentaire Chef de Service :

Le Chef de Service demande :

- Une main courante
- Un dépôt de plainte
- Une interdiction de se présenter dans le service concerné, signée du Maire

Le Chef de Service préconise une visite avec:

- Le médecin traitant
- Le médecin du travail
- Un psychologue du travail

Suite :

- Un arrêt de travail nb de jours :
- Consultation psychologue
- Consultation médecin
- Autre (*précisez*) :

Nom/Prénom Responsable Hiérarchique	Qualité	Date et Lieu	Signature

