



# SERVICE INSTANCES MÉDICALES

## CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DU CDG 13

### FORMATION PLÉNIÈRE

## DECLARATION DE TMOIGNAGE ACCIDENT DE SERVICE

### À remplir par le témoin

Madame  Monsieur

NOM et Prénom du témoin :

Né(e) le :

☎ (Facultatif) :

Adresse complète :

Service :

Grade :

Fonction :

Déclare avoir été témoin de l'accident de service dont a été victime :

NOM et Prénom de l'agent accidenté :

Né(e) le :

Service :

Grade :

Fonction :

Date de l'accident :

Heure de l'accident : ....h....

Activité du témoin au moment des faits :

Lieu exact de l'accident :

Préciser les circonstances de l'accident :

Lésion(s) corporelle(s) présentée(s) :

Portez la mention manuscrite : « je certifie sur l'honneur l'exactitude des mentions portées ci-dessus »

Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale, en application des dispositions de l'article L. 530-1 du Code général de la Fonction publique.

Fait à  
(Signature du témoin)

Le