



## 1 - LES CONDITIONS LIEES AU REGISTRE

La tenue du registre des accidents du travail bénins par l'employeur doit répondre aux conditions suivantes :

1°) présence permanente d'un médecin, ou d'un pharmacien, ou d'un infirmier diplômé d'Etat, ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise détentrice d'un diplôme national de secouriste complété par le diplôme de sauveteur secouriste du travail délivré par l'Institut national de recherche et de sécurité ou les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ;

2°) existence d'un poste de secours d'urgence ;

3°) respect par l'employeur des obligations mises à sa charge par l'article L. 2311-2 du code du travail (concernant la constitution du comité social et économique)

## 2 - QUELS ACCIDENTS INSCRIRE DANS LE REGISTRE ?

Les accidents du travail et les accidents de trajet du personnel de l'établissement qui n'entraînent pas d'arrêt de travail ni de soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

**Les accidents survenus à du personnel intérimaire en mission dans l'entreprise ne doivent pas être inscrits dans le registre, mais faire l'objet d'une déclaration d'accident de travail en ligne conformément aux dispositions de l'art. R 412-2 du code de la Sécurité sociale (imprimé à télécharger sur le site Internet [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), onglet "Recherche", en mot clé : information préalable, choix : cerfa n° 60-3741).**

Les maladies professionnelles ne sont pas concernées.

## 3 - COMMENT UTILISER LE REGISTRE ?

Inscrire dans les 48 heures, non compris les dimanches et jours fériés, les accidents qui ne donnent pas lieu à déclaration immédiate à la Caisse primaire, dans l'ordre chronologique, sans blanc, ni rature, sous une numérotation continue à partir du 1<sup>er</sup> janvier.

Séparer chaque accident par un trait horizontal sur toute la largeur du registre.

Lorsqu'un registre est épuisé au cours de l'année, prendre la suite de la numérotation sur le registre suivant.

A chaque début d'année, la numérotation repart à 1.

Chaque inscription doit être visée par le donneur de soins et la victime.

Le nom et le visa de la ou les personne(s) chargée(s) de donner les soins doivent figurer sur la page ci-contre du présent registre.

Les registres sont valables pour l'année civile au cours de laquelle ils ont été délivrés.

## 4 - CONSULTATION ET CONTRÔLE DU REGISTRE

### *Pendant l'année en cours :*

Le registre est conservé par l'entreprise, il est tenu à disposition :

- de la victime ou de ses ayants droit en ce qui les concerne,
- des agents de contrôle de la Caisse primaire et de la Carsat
- de l'Inspection du travail,
- du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou à défaut des représentants de proximité,
- du Médecin du travail.

## IMPORTANT

*L'inscription dans le registre ne dispense pas de la déclaration ultérieure à la Caisse primaire (au moyen de l'imprimé S. 6200) :*

- si la victime le demande,
- dès qu'une modification de l'état de la victime le nécessite (arrêt de travail, soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes d'assurance maladie).

*En particulier, dès que l'employeur délivre à la victime la feuille d'accident du travail S. 6201, la déclaration à la Caisse primaire devient obligatoire.*

**DIFFÉRENTS DONNEURS DE SOINS**  
(Cette liste doit être **obligatoirement** tenue à jour)

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

(1) Préciser s'il s'agit d'un médecin, d'un(e) pharmacien(ne), d'un(e) infirmier(e) ou d'un(e) secouriste.

**DIFFÉRENTS DONNEURS DE SOINS**  
(Cette liste doit être **obligatoirement** tenue à jour)

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE :

(1) Préciser s'il s'agit d'un médecin, d'un(e) pharmacien(ne), d'un(e) infirmier(e) ou d'un(e) secouriste.

**DIFFÉRENTS DONNEURS DE SOINS**  
(Cette liste doit être **obligatoirement** tenue à jour)

NOM : \_\_\_\_\_

QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_

QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_

QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_

QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_

QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

NOM : \_\_\_\_\_

QUALIFICATION (1) : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

*(1) Préciser s'il s'agit d'un médecin, d'un(e) pharmacien(ne), d'un(e) infirmier(e) ou d'un(e) secouriste.*

---

**PRÉSENTATION DU REGISTRE** (voir paragraphe 4 ci-contre)

**PERSONNE(S) AYANT CONTROLÉ**

| Nom - Prénom | Fonction | Organisme | Date | Signature | Observations |
|--------------|----------|-----------|------|-----------|--------------|
|              |          |           |      |           |              |
|              |          |           |      |           |              |
|              |          |           |      |           |              |
|              |          |           |      |           |              |
|              |          |           |      |           |              |

| N°<br>d'ordre | Date<br>d'inscription<br>dans<br>le registre | Nom, prénom<br>Matricule interne de la victime | ACCIDENT      |      |  |  |
|---------------|--|--|---------------|------|--|--|
|               |  |  | Date et heure | Lieu | Circonstances détaillées<br><i>(indiquer, le cas échéant l'appareil, la machine<br/>ou le moyen de locomotion utilisé)</i> | Siège des lésions<br><i>(préciser, s'il y a lieu<br/>droite ou gauche)</i> |
| 1             | 2  | 3  | 4             | 5    | 6  | 7  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |

Adresse \_\_\_\_\_ N° SIRET \_\_\_\_\_

| ACCIDENT                |  |  | Signature du<br>donneur de soins | Signature de<br>la victime | OBSERVATIONS<br>(Date de la DAT<br>éventuellement) |
|-------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|
| Nature des lésions<br>8 | Nom et adresse des témoins<br>ou de la première personne avisée<br>9 | Nom et adresse des tiers impliqués<br>extérieurs à l'établissement<br>10 |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |

| N°<br>d'ordre | Date<br>d'inscription<br>dans<br>le registre | Nom, prénom<br>Matricule interne de la victime | ACCIDENT      |      |  |  |
|---------------|--|--|---------------|------|--|--|
|               |  |  | Date et heure | Lieu | Circonstances détaillées<br><i>(indiquer, le cas échéant l'appareil, la machine<br/>ou le moyen de locomotion utilisé)</i> | Siège des lésions<br><i>(préciser, s'il y a lieu<br/>droite ou gauche)</i> |
| 1             | 2  | 3  | 4             | 5    | 6  | 7  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |



Adresse \_\_\_\_\_ N° SIRET \_\_\_\_\_

| ACCIDENT                |  |  | Signature du<br>donneur de soins | Signature de<br>la victime | OBSERVATIONS<br>(Date de la DAT<br>éventuellement) |
|-------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|
| Nature des lésions<br>8 | Nom et adresse des témoins<br>ou de la première personne avisée<br>9 | Nom et adresse des tiers impliqués<br>extérieurs à l'établissement<br>10 |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |

| N°<br>d'ordre | Date<br>d'inscription<br>dans<br>le registre | Nom, prénom<br>Matricule interne de la victime | ACCIDENT      |      |  |  |
|---------------|--|--|---------------|------|--|--|
|               |  |  | Date et heure | Lieu | Circonstances détaillées<br><i>(indiquer, le cas échéant l'appareil, la machine<br/>ou le moyen de locomotion utilisé)</i> | Siège des lésions<br><i>(préciser, s'il y a lieu<br/>droite ou gauche)</i> |
| 1             | 2  | 3  | 4             | 5    | 6  | 7  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |

Adresse \_\_\_\_\_ N° SIRET \_\_\_\_\_

| ACCIDENT                |  |  | Signature du<br>donneur de soins | Signature de<br>la victime | OBSERVATIONS<br>(Date de la DAT<br>éventuellement) |
|-------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|
| Nature des lésions<br>8 | Nom et adresse des témoins<br>ou de la première personne avisée<br>9 | Nom et adresse des tiers impliqués<br>extérieurs à l'établissement<br>10 |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |

| N°<br>d'ordre | Date<br>d'inscription<br>dans<br>le registre | Nom, prénom<br>Matricule interne de la victime | ACCIDENT      |      |  |  |
|---------------|--|--|---------------|------|--|--|
|               |  |  | Date et heure | Lieu | Circonstances détaillées<br><i>(indiquer, le cas échéant l'appareil, la machine<br/>ou le moyen de locomotion utilisé)</i> | Siège des lésions<br><i>(préciser, s'il y a lieu<br/>droite ou gauche)</i> |
| 1             | 2  | 3  | 4             | 5    | 6  | 7  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |

Adresse \_\_\_\_\_ N° SIRET \_\_\_\_\_

| ACCIDENT                |  |  | Signature du<br>donneur de soins | Signature de<br>la victime | OBSERVATIONS<br>(Date de la DAT<br>éventuellement) |
|-------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|
| Nature des lésions<br>8 | Nom et adresse des témoins<br>ou de la première personne avisée<br>9 | Nom et adresse des tiers impliqués<br>extérieurs à l'établissement<br>10 |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |

| N°<br>d'ordre | Date<br>d'inscription<br>dans<br>le registre | Nom, prénom<br>Matricule interne de la victime | ACCIDENT      |      |  |  |
|---------------|--|--|---------------|------|--|--|
|               |  |  | Date et heure | Lieu | Circonstances détaillées<br><i>(indiquer, le cas échéant l'appareil, la machine<br/>ou le moyen de locomotion utilisé)</i> | Siège des lésions<br><i>(préciser, s'il y a lieu<br/>droite ou gauche)</i> |
| 1             | 2  | 3  | 4             | 5    | 6  | 7  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |
|               |  |  |               |      |  |  |

Adresse \_\_\_\_\_ N° SIRET \_\_\_\_\_

| ACCIDENT                |  |  | Signature du<br>donneur de soins | Signature de<br>la victime | OBSERVATIONS<br>(Date de la DAT<br>éventuellement) |
|-------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|
| Nature des lésions<br>8 | Nom et adresse des témoins<br>ou de la première personne avisée<br>9 | Nom et adresse des tiers impliqués<br>extérieurs à l'établissement<br>10 |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |
|                         |  |  |                                  |                            |  |



# **l'Assurance Maladie**

**RISQUES PROFESSIONNELS**

Agir ensemble, protéger chacun