Votre Logo

REGISTRE DES ACCIDENTS BÉNINS N° .....

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE ET DE L'ÉTABLISSEMENT

Raison sociale		**SIRET**	
Établissement		**Effectif**	
Adresse			
Responsable du registre		**Fonction**	
Année du registre		**Téléphone**	

OUVERTURE DU REGISTRE ET INFORMATION

Date d'ouverture du registre		**Période couverte**	
Information de la Carsat (date certaine)	Date : ..... Moyen : ☐ Lettre recommandée AR ☐ E-mail avec AR ☐ Autre		
Information du CSE	☐ Oui, le ..... ☐ Pas de CSE (effectif < 11)		

PERSONNES CHARGÉES DES SOINS (PRÉSENCE PERMANENTE)

Nom et prénom	Qualité	N° de certificat SST / validité
	☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ IDE ☐ SST	
	☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ IDE ☐ SST	
	☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ IDE ☐ SST	
	☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ IDE ☐ SST	

POSTE DE SECOURS D'URGENCE

Localisation du poste de secours	
Équipement	☐ Armoire à pharmacie ☐ Téléphone ☐ Point d'eau ☐ Numéros d'urgence affichés

RAPPEL DES RÈGLES DU REGISTRE

Accident bénin : accident du travail sans gravité, n'entraînant ni arrêt de travail ni soins médicaux pris en charge par la Sécurité sociale.

Inscription : dans les 48 heures, hors dimanches et jours fériés, dans l'ordre chronologique, sans blanc ni rature.

Signatures : de la personne qui a donné les soins et de la victime, pour chaque inscription.

Évolution : si l'accident entraîne ensuite un arrêt ou des soins médicaux, il doit être déclaré à la CPAM.

Conservation : 5 ans à compter de la fin de l'exercice concerné.

Votre Logo

REGISTRE DES ACCIDENTS BÉNINS N° .....

INSCRIPTIONS DES ACCIDENTS BÉNINS

N° D'ORDRE :		INSCRIT LE : ...../...../..... à .....h.....	
Victime (nom, prénom)		**Matricule**	
Poste / service		**Date et heure de l'accident**	
Lieu précis			
Circonstances détaillées			
Témoins éventuels		**Tiers impliqués**	
Nature des lésions	☐ Coupure ☐ Brûlure ☐ Contusion ☐ Entorse légère ☐ Corps étranger ☐ Piqûre ☐ Autre :		
Siège des lésions	☐ Tête ☐ Œil ☐ Main / doigt ☐ Bras ☐ Tronc ☐ Jambe ☐ Pied ☐ Autre :		
Soins donnés			
Donneur de soins (nom, qualité, signature)		**Signature de la victime**	

N° D'ORDRE :		INSCRIT LE : ...../...../..... à .....h.....	
Victime (nom, prénom)		**Matricule**	
Poste / service		**Date et heure de l'accident**	
Lieu précis			
Circonstances détaillées			
Témoins éventuels		**Tiers impliqués**	
Nature des lésions	☐ Coupure ☐ Brûlure ☐ Contusion ☐ Entorse légère ☐ Corps étranger ☐ Piqûre ☐ Autre :		
Siège des lésions	☐ Tête ☐ Œil ☐ Main / doigt ☐ Bras ☐ Tronc ☐ Jambe ☐ Pied ☐ Autre :		
Soins donnés			
Donneur de soins (nom, qualité, signature)		**Signature de la victime**	

Votre Logo

REGISTRE DES ACCIDENTS BÉNINS N° .....

INSCRIPTIONS DES ACCIDENTS BÉNINS

N° D'ORDRE :		INSCRIT LE : ...../...../..... à .....h.....	
Victime (nom, prénom)		**Matricule**	
Poste / service		**Date et heure de l'accident**	
Lieu précis			
Circonstances détaillées			
Témoins éventuels		**Tiers impliqués**	
Nature des lésions	☐ Coupure ☐ Brûlure ☐ Contusion ☐ Entorse légère ☐ Corps étranger ☐ Piqûre ☐ Autre :		
Siège des lésions	☐ Tête ☐ Œil ☐ Main / doigt ☐ Bras ☐ Tronc ☐ Jambe ☐ Pied ☐ Autre :		
Soins donnés			
Donneur de soins (nom, qualité, signature)		**Signature de la victime**	

N° D'ORDRE :		INSCRIT LE : ...../...../..... à .....h.....	
Victime (nom, prénom)		**Matricule**	
Poste / service		**Date et heure de l'accident**	
Lieu précis			
Circonstances détaillées			
Témoins éventuels		**Tiers impliqués**	
Nature des lésions	☐ Coupure ☐ Brûlure ☐ Contusion ☐ Entorse légère ☐ Corps étranger ☐ Piqûre ☐ Autre :		
Siège des lésions	☐ Tête ☐ Œil ☐ Main / doigt ☐ Bras ☐ Tronc ☐ Jambe ☐ Pied ☐ Autre :		
Soins donnés			
Donneur de soins (nom, qualité, signature)		**Signature de la victime**	

Votre Logo

REGISTRE DES ACCIDENTS BÉNINS N° .....

INSCRIPTIONS DES ACCIDENTS BÉNINS

N° D'ORDRE :		INSCRIT LE : ...../...../..... à .....h.....	
Victime (nom, prénom)		**Matricule**	
Poste / service		**Date et heure de l'accident**	
Lieu précis			
Circonstances détaillées			
Témoins éventuels		**Tiers impliqués**	
Nature des lésions	☐ Coupure ☐ Brûlure ☐ Contusion ☐ Entorse légère ☐ Corps étranger ☐ Piqûre ☐ Autre :		
Siège des lésions	☐ Tête ☐ Œil ☐ Main / doigt ☐ Bras ☐ Tronc ☐ Jambe ☐ Pied ☐ Autre :		
Soins donnés			
Donneur de soins (nom, qualité, signature)		**Signature de la victime**	

N° D'ORDRE :		INSCRIT LE : ...../...../..... à .....h.....	
Victime (nom, prénom)		**Matricule**	
Poste / service		**Date et heure de l'accident**	
Lieu précis			
Circonstances détaillées			
Témoins éventuels		**Tiers impliqués**	
Nature des lésions	☐ Coupure ☐ Brûlure ☐ Contusion ☐ Entorse légère ☐ Corps étranger ☐ Piqûre ☐ Autre :		
Siège des lésions	☐ Tête ☐ Œil ☐ Main / doigt ☐ Bras ☐ Tronc ☐ Jambe ☐ Pied ☐ Autre :		
Soins donnés			
Donneur de soins (nom, qualité, signature)		**Signature de la victime**	

Votre Logo

REGISTRE DES ACCIDENTS BÉNINS N° .....

SUIVI DES ACCIDENTS INSCRITS AYANT ÉVOLUÉ

N° d'ordre	Date de l'évolution	Évolution constatée	Déclaration CPAM le	Observations
		☐ Arrêt de travail ☐ Soins médicaux		
		☐ Arrêt de travail ☐ Soins médicaux		
		☐ Arrêt de travail ☐ Soins médicaux		
		☐ Arrêt de travail ☐ Soins médicaux		
		☐ Arrêt de travail ☐ Soins médicaux		

RÉCAPITULATIF ANNUEL

Mois	Nombre d'accidents	Postes ou lésions les plus fréquents
Janvier		
Février		
Mars		
Avril		
Mai		
Juin		
Juillet		
Août		
Septembre		
Octobre		
Novembre		
Décembre		
TOTAL		

ACTIONS DE PRÉVENTION DÉCIDÉES

CLÔTURE DU REGISTRE

Date de clôture : ...../...../.....	**Nombre total d'inscriptions :** .....
Visa de l'employeur (nom, fonction, signature)	**Visa du CSE ou du médecin du travail (facultatif)**

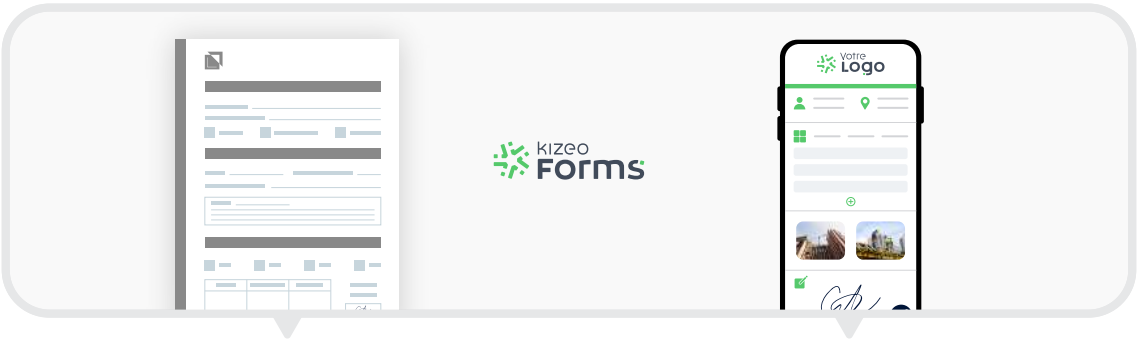
Et si vous digitalisiez ce document ?



Ce modèle PDF est parfait pour être **imprimé** ou **rempli sur ordinateur**. Mais si vous utilisez ce document régulièrement, **sa gestion peut vite devenir chronophage** :

Ressaisie des informations • **Envoi par email** • **Archivage** • **signatures** • **Etc.**

Avec Kizeo Forms, **transformez ce document en formulaire digital** rempli directement sur **mobile ou tablette**.



AVANT

- Document à imprimer
- Remplissage manuel sur le terrain
- Photos et signatures à gérer séparément
- Scan ou photo du document complété
- Envoi par email après la mission
- Archivage manuel

APRÈS

- Formulaire rempli directement sur mobile ou tablette
- Saisie digitale simple et rapide
- Photos, signatures et géolocalisation intégrées
- PDF généré automatiquement
- Envoi instantané au client par email
- Archivage automatique

Transformez ce modèle en formulaire digital en quelques minutes !

Tester Kizeo Forms

Essai gratuit 15j - sans engagement - sans CB

Scannez-moi !