

[Prenom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 28/06/2026

Déclaration d'un accident du travail

Madame, Monsieur,

Je vous informe que j'ai été victime d'un accident du travail le [date], survenu sur mon lieu de travail ou à l'occasion de mon travail, alors que j'exerçais mes fonctions de [poste] au sein de l'entreprise [nom de l'entreprise].

Les circonstances de cet accident sont les suivantes : [décrivez précisément les faits, le lieu, l'heure, la nature des blessures et, le cas échéant, les témoins présents]. J'ai immédiatement, dans la mesure du possible, informé mon employeur de cet accident.

N'ayant pas la certitude que la déclaration ait été effectuée par mon employeur dans les délais requis, je tiens à déclarer moi-même cet accident du travail auprès de vos services, afin de préserver mes droits à une prise en charge au titre de la législation sur les accidents du travail.

Vous trouverez ci-joint le certificat médical initial établi par le médecin qui a constaté mes lésions, précisant leur nature et la durée prévisible de mon incapacité, ainsi que tout élément utile à l'instruction de mon dossier.

Je vous remercie de bien vouloir enregistrer cette déclaration, de m'indiquer si des pièces complémentaires vous sont nécessaires et de me confirmer la prise en compte de mon accident au titre des risques professionnels. Je reste naturellement à votre disposition pour tout renseignement ou témoignage qui pourrait éclairer les circonstances de cet accident.

Je souhaite que mon dossier soit traité avec toute l'attention requise, ces démarches conditionnant à la fois la prise en charge de mes soins et le versement de mes indemnités.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature