

[Prénom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 14/06/2026

Objet : Déclaration d'accident du travail

Madame, Monsieur,

Affilié à votre caisse sous le numéro de sécurité sociale [votre numéro], je vous informe d'un accident du travail dont j'ai été victime le [date de l'accident] à [heure], alors que j'exerçais mon activité de [votre poste] au sein de l'entreprise [nom et adresse de l'employeur].

L'accident s'est produit dans les circonstances suivantes : [décrivez précisément ce qui s'est passé, le lieu exact et le nom des témoins éventuels]. J'en ai informé mon employeur le [date], conformément à mes obligations.

À la suite de cet accident, j'ai reçu des soins à [nom de l'établissement de santé]. Le médecin m'a remis un certificat médical initial, que je joins à la présente, attestant de mes lésions et de l'arrêt de travail prescrit.

Je vous adresse cette déclaration en application de l'article L441-2 du code de la Sécurité sociale et vous prie de bien vouloir reconnaître le caractère professionnel de cet accident, afin d'ouvrir mes droits à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement ou pièce complémentaire utile à l'instruction de mon dossier.

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

[Prénom][NOM]

Signature