

## Formulaire de déclaration d'agression

(chef de service avec agent)

A remplir et à transmettre dans les 48 heures  
à la direction des Ressources humaines

Service Qualité de vie au travail – 05 59 14 62 71

---

**Prénom et Nom de la victime :**

**Fonction :**

**Service :**

**Direction :**

**N° de tél. professionnel (obligatoire) :**

**N° de tél. personnel mobile ou fixe (facultatif) :**

**Date et heure de l'agression :**

**Adresse où se sont déroulés les événements :**

*Une agression doit faire l'objet d'une déclaration d'accident de service, même si elle n'entraîne pas d'arrêt de travail. Cette déclaration d'accident de service doit être transmise dans les 48 heures par e-mail à son gestionnaire carrière, service Accompagnement de l'agent à la DRH.*

**Description des faits (la plus précise possible) :**

**Observations particulières du chef de service (dont nature et évaluation des dommages) :**

**Présence de témoins :**  Oui  Non

Prénom et nom du ou des témoin(s) :

**Date de la déclaration d'accident de service :**

Nombre de jours d'arrêt de travail :

**Quelles sont les suites données à l'agression par l'agent agressé ?**

L'agent agressé dépose-t-il plainte ?  Oui  Non

**Quelles sont les suites apportées par la direction ?**

- Courrier d'avertissement adressé à l'agresseur :

Oui  Non

*Rédigé par le chef de service selon le modèle proposé, il est transmis sans délai au DGA / directeur et envoyé à l'agresseur.*

- Mesures prises en matière d'adaptation de l'organisation au travail :

Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

**Numéro de téléphone professionnel du chef de service :**

**Fait à :**

**Date et heure :**

Date et signature de l'agent	Date, signature et qualité du chef de service