□Madame □Monsieur

NOM et Prénom du témoin :……………………………………………………………...

Né(e) le : ……/……/……..

Fonction : …………………………………………………………………………………..

Adresse complète :

Grade : …………………………………

Fonction : …………………………………………………………………………………..

Déclare apporter mon témoignage dans le cadre de l’accident de service dont a été victime :
NOM et Prénom de l’agent accidenté : …………………………………………………
Date de l’accident et lieu de l’accident : ………………………………………………..

Si vous avez été témoin direct, merci de préciser :

Les circonstances exactes de l’accident :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Lésion(s) corporelle(s) présentée(s) : ………………………………………………………………………….

En l’absence de témoin direct, vous apportez votre témoignage sur l’état de santé de l’agent :

□ Avant l’accident Date : ………../……../……….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

□ Après l’accident Date :……/……../………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Portez la mention manuscrite : « je certifie sur l’honneur l’exactitude des mentions portées ci-dessus »
..................................................................................................................................
Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale, en application de l’article 29 du titre I du statut des fonctionnaires.

Fait à Le
Signature du témoin :