

**CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE  
ACCIDENT DU TRAVAIL  
OU MALADIE PROFESSIONNELLE**

Contact DPE  
Service paiement de frais de santé  
Tél. : 03.25.76.22.54

SERVICE LIQUIDATEUR DES PRESTATIONS	ETABLISSEMENT
<p>DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE L'AUBE 30 rue Mitantier BP 371 10025 TROYES CEDEX</p>	

Je soussigné(e)...

.....

Certifie que .....

.....

Adresse .....

.....

Grade .....

.....

Numéro de sécurité sociale .....

.....

Qui déclare avoir été victime d'un accident le .....

.....

Fonction de l'intéressé(e) (rayer les mentions inutiles)

- Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire)
- Contractuel
- Enseignant de l'enseignement privé

La Direction des services départementaux de l'Éducation nationale de l'Aube prendra en charge, sur justification, les honoraires médicaux et les frais directement entraînés par l'accident sous réserve que l'imputabilité au service soit reconnue.

**LA CARTE VITALE NE DOIT PAS ETRE UTILISEE.**

**Ce certificat est à conserver par la victime.** Il doit être présenté systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical, au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée, **jusqu'à la consolidation des séquelles.**

Fait à ..... TROYES....., le .....

Signature du chef d'établissement ou du directeur d'école