



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires
par lettre recommandée avec accusé de réception
au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Visa de la Structure

EMPLOYEUR

Nom, prénom : N° Employeur :
OU
Raison sociale :
Secteur d'activité : Agence d'affiliation :
Adresse :
N° téléphone : Nbre. approx. de salariés de l'établissement, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de travail : Commune : Wilaya :

VICTIME

Nom, prénom : N° d'immatriculation :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance :
Adresse :
Qualification professionnelle : (1) Date de recrutement : Sexe : ☐ M ☐ F (2)

ACCIDENT

Date : Jour de la semaine : (2) ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : (1) heure.
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à : h. et de : h. à : h.
Lieu de l'accident : (3)
Nature des lésions : (1)
Siège des lésions (préciser s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche) : (1) Élément matériel : (1)
Circonstances détaillées de l'accident :
Lieu où a été transportée la victime :
Suite probable : (2) ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : ☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1. Identité :
Adresse :
2. Identité :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI par qui ?

ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS

Nom et prénom du Tiers :
Adresse :
Organisme d'assurance du tiers :

Nom et Qualité du Signataire

Fait à , le

Signature,

QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

(1) voir au verso. (2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger

**LES LISTES CI-DESSOUS NE SONT DONNEES QU'A TITRE D'INFORMATION,
ELLES N'EXCLUENT PAS LES PRECISIONS COMPLEMENTAIRES QUE L'EMPLOYEUR SERAIT EN MESURE DE FOURNIR**

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE Cadres, Techniciens, Agents de maîtrise. Employés. Apprentis. Manœuvres. Ouvriers spécialisé (O.S.) Ouvriers professionnels (O.P.) (Préciser si possible la spécialité) Ouvriers à qualification non précisée. V.R.P. gens de maison et sportifs professionnels. LIEU DE L'ACCIDENT Trajet aller, trajet retour du domicile au lieu de travail (indiquer le lieu topographique). Déplacement pendant les heures de travail, pour le compte de l'employeur. Lieu de travail habituel (atelier). Lieu de travail habituel (chantier). Lieu de travail occasionnel. Domicile du travailleur. SIEGE DES LESIONS Tête (yeux exceptés). Yeux. Membres supérieurs (mains exceptées). Mains. Tronc. Membres inférieurs (pieds exceptés). Pieds. NATURE DES LESIONS Fracture. Brûlure. Gelure. Amputation.	Plaie (coupure, écorchure, autres plaies) sauf piqûre. Piqûre. Contusion. Inflammation. Entorse. Luxation. Asphyxie. Commotion. Présence d'un corps étranger. Hernie. Lumbago. Intoxication. Dermite. Troubles visuels. Troubles auditifs. Déchirures musculaires ou tendineuses. Lésions nerveuses. ELEMENT MATERIEL Emplacement de travail et surfaces de circulation (accident de plain-pied). Emplacement de travail et surfaces de circulation (chute d'un niveau supérieurs). Objets ou masses en mouvement accidentel. Particules ou éléments de matière. Appareils de levage et de manutention. Appareils de levage, amarrage et préhension. Véhicules. Organes de transmission. Machines transformatrices et productrices d'énergie. Machine à broyer, concasser, pulvériser, diviser. Machine à malaxer et à mélanger par agitation ou malaxage. Machine à agiter, cribler, tamiser, séparer. Presses mécaniques par choc et pilons.	Machines à presser et à mouler. Machines à laminier, tréfiler, étirer, planer, imprimer. Machine à couper, trancher, dérouler, défiler (autres que les scies). Scies. Machines à percer, aléser, tourner, fraiser, raboter (métaux). Machines à percer, tourpiller, raboter (bois et matières similaires). Machines à meuler, poncer, polir. Matériels et machines à souder et riveter. Machines à coudre,agrafer, mettre les œillets. Machines à remplir, emballer, emballer, conditionner, clouer. Effilocheuses, ouvreuses, batteurs, cartes, Machines de filature, de tissage, de câblerie et d'apprêt (non reprise à la rubrique précédente). Matériels et engins de terrassement et travaux annexes. Machines diverses (ne rentrant dans aucune des catégories précédentes). Outils portatifs (mûs ou alimentés électriquement, pneumatiques ou à autre commande mécanique). Outils à mains. Récipients sous pression. Fours, étuves, appareils de cuisson et œuvre des produits chauds. Appareillages et installations frigorifiques. Appareils ou ustensiles mettant en œuvre des produits caustiques, corrosifs, toxiques. Vapeurs, gaz et poussières délétères. Matières inflammables (en flamme). Matières explosives. Electricité. Radiations ionisantes.
---	--	--

IMPORTANT

Le défaut de déclaration d'un accident de travail par l'employeur, déclaration prévue par la réglementation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, donne lieu à une pénalité, recouvrée par l'organisme de sécurité sociale, dont le montant est égal à 20% du salaire trimestriel de la victime.

Cette déclaration s'impose à l'employeur même si l'accident n'a pas entraîné d'incapacité de travail ou ne paraît pas être imputable au travail.

Dans ce dernier cas, l'employeur fait assortir sa déclaration de réserves.

NOMBRE D'HEURES ECOULEES DEPUIS LA PRISE OU LA REPRISE DU TRAVAIL

N'est pas considérée comme point de départ du temps écoulé une reprise intervenant après interruption de travail d'une durée inférieure à une heure.

Est passible d'amende quiconque aura influencé ou tenté d'influencer une personne, témoin d'accident de travail, à l'effet d'altérer la vérité.



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires
par lettre recommandée avec accusé de réception
au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Visa de la Structure

EMPLOYEUR

Nom, prénom : N° Employeur :
OU
Raison sociale :
Secteur d'activité : Agence d'affiliation :
Adresse :
N° téléphone : Nbre. approx. de salariés de l'établissement, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de travail : Commune : Wilaya :

VICTIME

Nom, prénom : N° d'immatriculation :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance :
Adresse :
Qualification professionnelle : (1) Date de recrutement : Sexe : ☐ M ☐ F (2)

ACCIDENT

Date : Jour de la semaine : (2) ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : (1) heure.
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à : h. et de : h. à : h.
Lieu de l'accident : (3)
Nature des lésions : (1)
Siège des lésions (préciser s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche) : (1) Élément matériel : (1)
Circonstances détaillées de l'accident :
Lieu où a été transportée la victime :
Suite probable : (2) ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : ☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1. Identité :
Adresse :
2. Identité :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI par qui ?

ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS

Nom et prénom du Tiers :
Adresse :
Organisme d'assurance du tiers :

Nom et Qualité du Signataire

Fait à , le

Signature,

QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL

RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

(1) voir au verso. (2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires
par lettre recommandée avec accusé de réception
au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Visa de la Structure

EMPLOYEUR

Nom, prénom : N° Employeur :
OU
Raison sociale :
Secteur d'activité : Agence d'affiliation :
Adresse :
N° téléphone : Nbre. approx. de salariés de l'établissement, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de travail : Commune : Wilaya :

VICTIME

Nom, prénom : N° d'immatriculation :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance :
Adresse :
Qualification professionnelle : (1) Date de recrutement : Sexe : ☐ M ☐ F (2)

ACCIDENT

Date : Jour de la semaine : (2) ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : (1) heure.
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à : h. et de : h. à : h.
Lieu de l'accident : (3)
Nature des lésions : (1)
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1) Élément matériel : (1)
Circonstances détaillées de l'accident :
Lieu où a été transportée la victime :
Suite probable : (2) ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : ☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1. Identité :
Adresse :
2. Identité :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI par qui ?

ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS

Nom et prénom du Tiers :
Adresse :
Organisme d'assurance du tiers :

Nom et Qualité du Signataire

Fait à , le

Signature,

QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

(1) voir au verso. (2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires
par lettre recommandée avec accusé de réception
au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Visa de la Structure

EMPLOYEUR

Nom, prénom :	N° Employeur :
OU Raison sociale :	
Secteur d'activité :	Agence d'affiliation :
Adresse :	
N° téléphone :	Nbre. approx. de salariés de l'établissement, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de travail :	Commune : Wilaya :

VICTIME

Nom, prénom :	N° d'immatriculation :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :	
Nationalité : Pays d'origine :	Date de naissance : [][][][][][][][][]
Adresse :	
Qualification professionnelle : (1)	Date de recrutement : [][][][][][][][][] Sexe : ☐ M ☐ F (2)

ACCIDENT

Date : [][][][][][][][][]	Jour de la semaine : (2) ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S	[][][] heures [][][] Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : (1) [][][] heure.		
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : [][][] h. à : [][][] h. et de : [][][] h. à : [][][] h.		
Lieu de l'accident : (3)		
Nature des lésions : (1)		
Siège des lésions (préciser s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche) : (1) Élément matériel : (1)		
Circonstances détaillées de l'accident :		
Lieu où a été transportée la victime :		
Suite probable : (2)	☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL	☐ AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : [][][][][][][][][]
		☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1. Identité :
Adresse :
2. Identité :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI par qui ?

ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS

Nom et prénom du Tiers :
Adresse :
Organisme d'assurance du tiers :

Nom et Qualité du Signataire

Fait à, le
Signature,

QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

(1) voir au verso. (2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires
par lettre recommandée avec accusé de réception
au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Visa de la Structure

EMPLOYEUR

Nom, prénom : N° Employeur :
OU
Raison sociale :
Secteur d'activité : Agence d'affiliation :
Adresse :
N° téléphone : Nbre. approx. de salariés de l'établissement, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de travail : Commune : Wilaya :

VICTIME

Nom, prénom : N° d'immatriculation :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance :
Adresse :
Qualification professionnelle : ⁽¹⁾ Date de recrutement : Sexe : ☐ M ☐ F ⁽²⁾

ACCIDENT

Date : Jour de la semaine : ⁽²⁾ ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : ⁽¹⁾ heure.
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à : h. et de : h. à : h.
Lieu de l'accident : ⁽³⁾
Nature des lésions : ⁽¹⁾
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : ⁽¹⁾ Élément matériel : ⁽¹⁾
Circonstances détaillées de l'accident :
Lieu où a été transportée la victime :
Suite probable : ⁽²⁾ ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : ☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1. Identité :
Adresse :
2. Identité :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI par qui ?

ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS

Nom et prénom du Tiers :
Adresse :
Organisme d'assurance du tiers :

Nom et Qualité du Signataire

Fait à , le

Signature,

QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL

RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

(1) voir au verso. (2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires
par lettre recommandée avec accusé de réception
au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Visa de la Structure

EMPLOYEUR

Nom, prénom : N° Employeur :
OU
Raison sociale :
Secteur d'activité : Agence d'affiliation :
Adresse :
N° téléphone : Nbre. approx. de salariés de l'établissement, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de travail : Commune : Wilaya :

VICTIME

Nom, prénom : N° d'immatriculation :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance :
Adresse :
Qualification professionnelle : (1) Date de recrutement : Sexe : ☐ M ☐ F (2)

ACCIDENT

Date : Jour de la semaine : (2) ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : (1) heure.
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à : h. et de : h. à : h.
Lieu de l'accident : (3)
Nature des lésions : (1)
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1) Élément matériel : (1)
Circonstances détaillées de l'accident :
Lieu où a été transportée la victime :
Suite probable : (2) ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : ☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1. Identité :
Adresse :
2. Identité :
Adresse :
Un rapport de police a t'il été établi ? Si OUI par qui ?

ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS

Nom et prénom du Tiers :
Adresse :
Organisme d'assurance du tiers :

Nom et Qualité du Signataire

Fait à , le

Signature,

QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL

RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

(1) voir au verso. (2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires
par lettre recommandée avec accusé de réception
au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Visa de la Structure

EMPLOYEUR

Nom, prénom : N° Employeur :
OU
Raison sociale :
Secteur d'activité : Agence d'affiliation :
Adresse :
N° téléphone : Nbre. approx. de salariés de l'établissement, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de travail : Commune : Wilaya :

VICTIME

Nom, prénom : N° d'immatriculation :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance :
Adresse :
Qualification professionnelle : ⁽¹⁾ Date de recrutement : Sexe : ☐ M ☐ F ⁽²⁾

ACCIDENT

Date : Jour de la semaine : ⁽²⁾ ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : ⁽¹⁾ heure.
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à : h. et de : h. à : h.
Lieu de l'accident : ⁽³⁾
Nature des lésions : ⁽¹⁾
Siège des lésions (préciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : ⁽¹⁾ Élément matériel : ⁽¹⁾
Circonstances détaillées de l'accident :
Lieu où a été transportée la victime :
Suite probable : ⁽²⁾ ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : ☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1. Identité :
Adresse :
2. Identité :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI par qui ?

ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS

Nom et prénom du Tiers :
Adresse :
Organisme d'assurance du tiers :

Nom et Qualité du Signataire

Fait à , le

Signature,

QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

(1) voir au verso. (2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Accidents du Travail et Maladies Professionnelles -

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la caisse de sécurité sociale en huit (08) exemplaires
par lettre recommandée avec accusé de réception
au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Visa de la Structure

EMPLOYEUR

Nom, prénom : N° Employeur :
OU
Raison sociale :
Secteur d'activité : Agence d'affiliation :
Adresse :
N° téléphone : Nbre. approx. de salariés de l'établissement, au moment de l'accident :
Chantier ou lieu de travail : Commune : Wilaya :

VICTIME

Nom, prénom : N° d'immatriculation :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance :
Adresse :
Qualification professionnelle : (1) Date de recrutement : Sexe : ☐ M ☐ F (2)

ACCIDENT

Date : Jour de la semaine : (2) ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S heures Minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : (1) heure.
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : h. à : h. et de : h. à : h.
Lieu de l'accident : (3)
Nature des lésions : (1)
Siège des lésions (preciser s'il y a lieu, le coté : droit ou gauche) : (1) Élément matériel : (1)
Circonstances détaillées de l'accident :
Lieu où a été transportée la victime :
Suite probable : (2) ☐ SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H à compter du : ☐ DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1. Identité :
Adresse :
2. Identité :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI par qui ?

ACCIDENT CAUSÉE PAR UN TIERS

Nom et prénom du Tiers :
Adresse :
Organisme d'assurance du tiers :

Nom et Qualité du Signataire

Fait à , le
Signature,

QUESTIONS POSÉES AU CONTRÔLE MÉDICAL	RÉPONSES DU CONTRÔLE MÉDICAL
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

(1) voir au verso. (2) Rayer les mentions inutiles.
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger