ACADÉMIE
DE NORMANDIE
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Seine-Maritime

ANNEXE 7

**DÉCLARATION DE TÉMOIN**
**(Merci de compléter toutes les parties de ce document)**

Je soussigné-e Madame / Monsieur ……

Grade : …… Fonction : ……

Etablissement : ……

Téléphone professionnel : …… / …… / …… / …… / ……

Adresse personnelle : ……

……

Courriel (adresse académique si personnel éducation nationale) :

……..

certifie avoir été témoin le (date) …… / …… / …… à (heure) …… h ……

de l'accident dont a été victime Madame / Monsieur …….

le (date de l'accident) …… / …… / ……

J'ai assisté aux événements suivants (décrire les faits ou les propos) :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fait à _____ le …… / …… / ……

Signature :