

B.E.P. Secteur B
(Tertiaire et Services)

SUJET

- Epreuve : Vie sociale et professionnelle
- Durée : 30 minutes
- Coefficient : Voir règlement

Le présent sujet comporte 5 pages numérotées de 1/5 à 5/5.

Répondre sur les feuilles du sujet.

Toutes les pages sont à rendre.

Calculatrices autorisées.

SITUATION

Isabelle travaille depuis 6 mois dans une entreprise de transport. Elle distribue ce matin un document concernant le repas annuel de l'entreprise, quand elle chute à l'entrée de l'atelier A sur un objet métallique posé au sol.

1 - ENTREPRISE ET VIE PROFESSIONNELLE

Isabelle présente une plaie assez importante à l'intérieur de la main gauche.

1] S'agit-il d'un accident de travail ? Justifiez votre réponse.

.....
.....

2] Quelle démarche le salarié doit-il effectuer pour qu'un accident soit reconnu comme accident de travail ? Dans quel délai cette démarche doit-elle être effectuée ?

.....
.....

3] A partir du document 1 page 4 (déclaration d'accident de travail) répondez aux questions suivantes :

3.1. Qui remplit et envoie la déclaration d'accident de travail ?

.....

3.2. A qui est-elle adressée ?

.....

3.3. Dans quel délai doit-elle être envoyée ?

.....

4] Isabelle a reçu le document 2 page 5 (feuille d'accident de travail) composé de plusieurs volets. Quel est l'intérêt pour le salarié d'être en possession de ce document ?

.....
.....

2 - SANTE

1] Suite à la plaie importante d'Isabelle le médecin va vérifier la validité d'une vaccination. Laquelle ?

.....

2] Comparez les propriétés d'un vaccin à celles d'un sérum en complétant le tableau, à l'aide des informations suivantes :

- protection immédiate
- protection non immédiate
- protection de courte durée (3 semaines)
- actif : le corps fabrique des anticorps
- protection durable
- méthode passive : le corps utilise des anticorps fabriqués ailleurs
- injection d'anticorps
- injection de micro-organismes atténués ou de toxines

VACCIN	SERUM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ ▪

3] La vaccination d'Isabelle n'est plus valable. Que va donc faire le médecin et dans quel ordre ?

.....

.....

.....

.....

4] Dans la liste de maladies ci-dessous, soulignez les trois pour lesquelles la vaccination est obligatoire.

l'hépatite B, la variole, la rougeole, la tuberculose, la rubéole, la diphtérie,
la rage, la poliomyélite, la typhoïde, le paludisme.

3 - ENVIRONNEMENT

De retour à son habitation, Isabelle trouve dans son courrier une lettre émanant de la mairie et présentant un arrêté municipal entrant en vigueur dans 10 jours.

Chers administrés,

Dans une semaine, vous allez devoir modifier vos habitudes en ce qui concerne les ordures ménagères et cela pour la protection du cadre de vie et pour lutter contre le gaspillage.

Décision a été prise par le conseil municipal de mettre en place une collecte sélective chez l'habitant. Vous serez désormais dotés gratuitement de 3 poubelles supplémentaires :

- la grise servira pour les plastiques,
- la bleue servira pour les papiers-cartons,
- la verte pour les déchets organiques.

Ces trois nouveaux conteneurs seront relevés chaque vendredi. Le verre reste en conteneurs fixes déjà installés dans notre ville aux points habituels.

De plus une déchetterie verra le jour en 2001.

Nous allons progressivement dans le sens de la loi du 13 Juillet 92 qui stipule qu'à compter du 1^{er} Juillet 2002, les installations d'élimination des déchets par stockage ne seront autorisées à accueillir que les déchets ultimes.

.....

1] Citez deux objectifs du tri sélectif des déchets :

.....

.....

2] Le tri sélectif et le recyclage : c'est l'avenir !

2.1. Triez dans chacune des poubelles les déchets suivants :

- bouteille plastique
- bombe aérosol
- prospectus
- huile de vidange
- pile
- épluchures de légumes

POUBELLE GRISE	POUBELLE BLEUE	POUBELLE VERTE

2.2. Quels sont les déchets que vous ne pouvez jeter dans aucune des trois poubelles ?
Qu'en faites-vous ?

.....

.....

DOCUMENT 1



DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

SECURITE SOCIALE

N° 60-3682

(Articles L. 441.1 à L. 441.4 et Articles R. 441.2, R. 441.3 et R. 441.5) - (Décret du 12-12-85).
L'EMPLOYEUR ENVOIE A LA CASSE DE RESIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURE, LES 3 PREMIERS VOLETS DE LA LIASSE PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE 4° VOLET AU DOS DUQUEL SE TROUVE LA NOTICE.

ATTENTION : L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON
 • si oui, remplissez IMMEDIATEMENT l'attestation de salaire S6202 par duplication avec le présent formulaire.
 • si non, remplissez uniquement cette déclaration.

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale _____
 Adresse _____
 N° de Téléphone _____

CTN

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

(le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse _____
 N° de Téléphone _____
 N° SIRET de l'établissement _____

Groupes d'activités

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime _____

RÉSERVÉ CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation _____
 À défaut sexe _____ Date de naissance _____
 NOM, Prénom _____
 (prénoms, s'il y a lieu, du nom d'époux)
 ADRESSE _____
 Nationalité Française C.E.E. Autre
 Date d'embauche _____ Profession _____
 Qualification professionnelle _____ Ancienneté dans le poste _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

CPAM

ACCIDENT

Date _____ Heure _____
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de _____ à _____ et de _____ à _____
 Lieu de l'accident (1) _____
 Circonstances détaillées de l'accident (1) _____
 (Indiquez, le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisés)
 Siège des lésions (1) _____
 Nature des lésions (1) _____
 Victime transportée à _____
 Accident : constaté } le _____ Heure _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu }
 inscrit au regist. d'infirmiers le _____ sous le N° _____
 Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1) DÉCÈS

TÉMOINS

Nom, prénom et adresse _____
 Un rapport de police a-t-il été établi ? OUI NON par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
 Si OUI, nom et adresse du tiers _____
 Sié d'assurance du tiers _____

Nom, prénom du signataire

Qualité

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

Fait à

Signature

le

DOCUMENT 2

Volet 1

feuille délivrée le _____

VICTIME

Numéro d'immatriculation _____	Rue _____ n° _____ Arrondissement ou commune _____ Département _____
Nom _____ Nom de jeune fille (S'il y a lieu) _____ Prénom _____ Les cotisations ont été versées à la C.P. de _____	Adresse _____

EMPLOYEUR

_____ Numéro d'immatriculation L'entreprise a-t-elle été autorisée à gérer le risque accidents du travail _____	Nom, raison sociale, adresse de l'entreprise _____
---	---

ACCIDENT OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Accident du _____ Heure (0 à 24) _____ Maladie professionnelle constatée le _____ Lésions Nature _____ Siège _____	Déclaré le _____ À la C.P. de _____ Déclarée le _____ À la C.P. de _____
---	---

INTERRUPTION DU TRAVAIL
(À remplir par l'employeur lors de la reprise du travail)

Je soussigné atteste que le travail interrompu le 19 A été repris le 19 À le 19 Signature et cachet de l'employeur : _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">7</div> Volets à conserver pendant le traitement par la victime et à adresser au Centre de Sécurité sociale à la fin du traitement ou dès que la feuille est entièrement utilisée
---	--

DEMANDE DE RENOUELEMENT

(À remplir par la victime si la feuille est entièrement utilisée avant la fin des soins ou du traitement).
 Veuillez m'adresser une nouvelle feuille d'accident ou de maladie professionnelle

Nom, prénom
 Adresse
 Signature _____

(extrait volet 2)

À REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné, déclare que pour l'accident désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés et que décomptés au tarif ministériel en vigueur de matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de F _____

Cachet du praticien _____ Fait à _____ le _____ Signature _____

Le praticien appelé à intervenir auprès de la victime adresse les certificats et notes d'honoraires à la Caisse dans la circonscription dans laquelle sont donnés les soins

Volets à utiliser par le PRATICIEN pour le règlement de ses honoraires

(extrait volet 3)

À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN OU LE FOURNISSEUR

Je soussigné, déclare que pour l'accident désigné ci-dessus, les fournitures prescrites par les ordonnances ci-jointes ont été délivrées, et que décomptées au tarif ministériel en vigueur en matière d'accidents du travail, elles s'élèvent à la somme globale de F _____

Cachet du pharmacien et du fournisseur _____ Fait à _____ le _____ Signature _____

Le pharmacien ou fournisseur appelé à intervenir auprès de la victime adresse les factures à la Caisse dans la circonscription dans laquelle sont donnés les soins

Volets à utiliser par le PHARMACIEN (ou le fournisseur) pour le règlement de la facture