



DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(Voir instructions au verso)

Sans perte de temps
Avec perte de temps

BLOC I - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ (À compléter par l'employé)

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____

Adresse : _____

Téléphone : () _____ Date de naissance : / /

Titre d'emploi : _____ Année Mois Jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : / / Jour : _____ Heure : _____

Lieu précis de l'événement : _____ Établissement : _____

Tâche exécutée au moment de l'accident : _____

Horaire de travail complété : OUI NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : _____

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : OUI NON

Nom : _____ Fonction : _____

Quand cette personne a-t-elle été avisée ? Date : / / Heure : _____

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT - VERSION DE L'EMPLOYÉ

Témoins lors de l'événement : OUI NON

Nom : _____ Fonction : _____

Nom : _____ Fonction : _____

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) : _____

Nature des premiers soins : _____

Nom du secouriste : _____

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas ?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

BLOC II - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (À compléter par le supérieur immédiat)

Établissement : _____ # Établissement : _____

Adresse : _____

DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement : OUI NON Si oui, quand ? / /

Avez-vous rencontré l'employé : OUI NON Si oui, quand ? / /

Description des mesures correctives effectuées : _____

J'effectuerai une enquête approfondie : OUI NON Si oui, un rapport suivra.

J'aurai des commentaires à formuler ultérieurement : OUI NON

_____ () _____ - _____
