

DÉCLARATION D'ACCIDENT OU D'INCIDENT



BLOC I – IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ ET DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom :

Prénom :

Titre d'emploi :

Établissement :

Adresse :

BLOC II – DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date de l'accident ou de l'incident :

Heure de l'accident ou de l'incident :

Date et heure de la déclaration à l'employeur :

Lieu précis de l'événement :

Absence au travail?

Oui :

Non :

Si oui, Date et heure :

BLOC III – DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'ÉVÉNEMENT

Témoin lors de l'événement :

Oui :

Non :

Nom :

Signature de l'employé

Date

BLOC IV – PREMIERS SOINS DISPENSÉS (S'IL Y A LIEU)

Signature du secouriste

NOM en lettres majuscules

Date

NOTE



LE RÈGLEMENT SUR LES PREMIERS SOINS/SECOURS OBLIGE L'EMPLOYEUR À CONSERVER UNE COPIE DE CETTE DÉCLARATION DANS UN REGISTRE DE VOTRE ÉTABLISSEMENT.

S.V.P.



PRIÈRE D'ACHEMINER CE FORMULAIRE LE PLUS TÔT POSSIBLE AUX SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES À L'ATTENTION DE MME CAROLE LEPAGE.