

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ ET DE L'ÉTABLISSEMENT		
Nom :	Prénom :	
Titre d'emploi :	Établissement :	
DÉCLARATION DES FAITS		
Date de l'événement:	Heure de l'événement:	
À qui avez-vous déclaré l'événement (nom et fonction) :		
Quand l'avez-vous déclaré :		
Préciser le lieu de l'événement :		
COMMENT L'ÉVÉNEMENT EST-IL SURVENU (BRÈVE DESCRIPTION DES FAITS)		
Témoin lors de l'événement : Non : ☐ Oui : ☐ Nom et fonction :		
Premiers soins reçus : Non : ☐ Oui : ☐ Si oui, lesquels :		
Signature de l'employé(e)		Date
Note à l'employé(e)		
1. Signer et dater votre déclaration et la remettre au secrétariat. Veuillez noter que votre déclaration sera conservée dans le registre officiel de votre établissement. ○ Si l'événement nécessite une consultation médicale ou si vous avez des questions, veuillez communiquer avec les Services des ressources humaines par courriel à l'adresse confidentielle : rhsante@csvt.qc.ca		
Note à l'établissement et/ou secrétariat		
1. Acheminer la déclaration aux Services des ressources humaines en utilisant l'adresse courriel confidentielle : rhsante@csvt.qc.ca 2. Faire une copie de la déclaration lorsque l'employé(e) en fait la demande.		