Services des ressources humaines

**DÉCLARATION D’ACCIDENT ET D’INCIDENT AU TRAVAIL**

|  |
| --- |
| **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.  o *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 1. Faire une copie de la déclaration lorsque l’employé(e) en fait la demande.
 |

