

REGISTRE DES PREMIERS SOINS/SECOURS

Nature de la blessure ou des maux allégués par l'employé : _____

Nature des premiers soins donnés : _____

Premiers soins donnés par (nom et titre de l'emploi) : _____

Gestion des absences

Le jour de l'événement, l'employé a-t-il terminé son quart de travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	------------------------------

Si non, à quelle heure a-t-il quitté l'établissement ?	Heure : _____
--	---------------

Les jours suivant l'événement, l'employé était-il ?	<input type="checkbox"/> Présent	<input type="checkbox"/> Absent
---	----------------------------------	---------------------------------

Assignment temporaire

Un formulaire d'assignment temporaire a-t-il été remis à l'employé au moment de son départ ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Signature de l'employeur	Date _____
--------------------------	------------

Signature du secouriste	Date _____
-------------------------	------------

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

S.V.P. → PRIÈRE D'ACHEMINER CE FORMULAIRE, LE PLUS TÔT POSSIBLE, AUX SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES, À L'ATTENTION DE MME MYRIAM HÉBERT.