

DÉCLARATION D'ACCIDENT, D'INCIDENT ET D'ENQUÊTE
(Avec et sans perte de temps)

(Veuillez compléter le présent formulaire en lettres moulées)

Nom et prénom : _____ N° d'employé : _____

Service/dép./module: _____ Titre d'emploi : _____

Type d'emploi :	<input type="checkbox"/> Employé régulier <i>(Professeur, professionnel, cadre et soutien)</i>	Pavillon :	<input type="checkbox"/> Alexandre-Taché
	<input type="checkbox"/> Employé à statut particulier		<input type="checkbox"/> Lucien-Brault
	<input type="checkbox"/> Chargé de cours		<input type="checkbox"/> CRTL
	<input type="checkbox"/> Étudiant		<input type="checkbox"/> Saint-Jérôme
	<input type="checkbox"/> Stagiaire		<input type="checkbox"/> Ripon
	<input type="checkbox"/> Autre : _____		

Événement survenu le : _____ Heure : _____

Événement rapporté à : _____ Date et heure : _____
(Nom du supérieur immédiat ou autre)

Est-ce que la personne a quitté l'établissement à la suite de sa blessure : Oui Non

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

1. Lieu précis de l'accident :

Témoins(s) s'il y a lieu : _____

2. Que faisiez-vous précisément lors de l'événement (*faits*) ?

3. Décrivez le plus précisément possible la blessure subie :

4. À quoi attribuez-vous l'accident (*cause*) ?

5. Premiers soins reçus :

(À L'USAGE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT)

Mesures correctives immédiates :

Mesures permanentes :

Signature de l'employée ou l'employé

Date

Signature du supérieur immédiat

Date

c.c. Copie originale au Service des ressources humaines
Dossier du supérieur immédiat

Note : Si vous vous absentez au-delà de la journée de l'événement, vous devez communiquer avec le Service des ressources humaines afin de compléter les documents requis par la CSST.