

RAPPORT D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

EMPLOYÉ (E)

Nom :	Prénom :	Matricule :
Adresse :		Téléphone :
Lieu de travail :		
Corps d'emploi :		

INCIDENT OU ACCIDENT

Date :	Heure :	Lieu : Cour <input type="checkbox"/> Classe <input type="checkbox"/> Autre :
Décrire brièvement l'incident ou l'accident :		
Décrire la ou les blessures s'il y a lieu :		
Tâche/activité exécutée au moment de l'incident ou de l'accident :		
Supérieur immédiat ou son représentant avisé : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Son nom :		
Quand cette personne a-t-elle été avisée ?	Date :	Heure :

MESURES PRISES IMMÉDIATEMENT

Premiers soins :
Transport : Maison <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Autre :

TÉMOIN : OUI NON

Nom :	Prénom :
Adresse :	Téléphone :

Signature de l'employé(e) :	Date :
-----------------------------	--------

Signature du témoin :	Date :
-----------------------	--------

Signature du supérieur immédiat :	Date :
-----------------------------------	--------

Une copie de ce rapport doit être transmise au Service des ressources humaines.