

# FORMULAIRE DE PREMIER RAPPORT D'ACCIDENT DU TRAVAIL

INSTRUCTIONS À l'aide de ce formulaire, les employés doivent signaler tous les accidents, blessures, maladies ou événements imprévus liés au travail qui auraient pu entraîner une blessure ou une maladie. Une fois rempli, ce formulaire est remis à un responsable pour les étapes suivantes.

JE RAPPORTE :	<input type="checkbox"/>	UNE BLESSURE	<input type="checkbox"/>	UNE MALADIE	<input type="checkbox"/>	UN PRESQUE ACCIDENT
---------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------------

VOTRE NOM	NOM DU RESPONSABLE	DATE DU RAPPORT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTITULÉ DU POSTE	Votre responsable a-t-il été mis au courant de cet incident ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

LIEU DE L'INCIDENT	DATE DE L'INCIDENT	HEURE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TÉMOINS *s'il y en a*

DESCRIPTION DE L'INCIDENT Décrire les tâches effectuées et la séquence des événements. *Joignez des pages supplémentaires au besoin.*

Qu'est-ce qui a pu être fait pour éviter cette blessure/presque accident ?

Quelles parties de votre corps ont été blessées ? Si vous avez subi un presque accident, comment auriez-vous été blessé ?

Un traitement médical était-il nécessaire ?		SI OUI, NOM DE L'HÔPITAL/MÉDECIN :	
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
DATE DE LA VISITE	HEURE DE LA VISITE	TÉLÉPHONE DE L'HÔPITAL/DU MÉDECIN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Cette partie de votre corps a-t-elle déjà été blessée ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Si OUI, quand ?	<input type="text"/>
---------------------------------------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------	----------------------

Avez-vous un autre emploi ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Nom de l'entreprise	<input type="text"/>
-----------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	---------------------	----------------------

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ	DATE	SIGNATURE DU RESPONSABLE	DATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## **EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ**

Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n'offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques.