

ACCIDENT/BLESSURE LIÉ AU TRAVAIL

FORMULAIRE DE RAPPORT

INSTRUCTIONS

Ce formulaire doit être rempli dès que possible à la suite d'un accident ou d'une blessure liée à un employé. Si l'employé n'est pas en mesure de le faire, le responsable doit remplir ce formulaire, puis le soumettre au bureau des ressources humaines.

RÉCLAMATION N°

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM DE L'EMPLOYÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	ID DE L'EMPLOYÉ	DATE DU JOUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTITULÉ DU POSTE	DATE D'EMBAUCHE	TAUX DE RÉMUNÉRATION
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADRESSE DU DOMICILE	TÉLÉPHONE FIXE	TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM DU RESPONSABLE	E-MAIL DU RESPONSABLE	TÉLÉPHONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

STATUT DE L'EMPLOYÉ	HEURES PAR JOUR	JOURS PAR SEMAINE
<input type="checkbox"/> À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMATIONS SUR LES BLESSURES ET LES ACCIDENTS

ENDROIT DE LA BLESSURE	DATE DU PRÉJUDICE	MOMENT DE LA BLESSURE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LA BLESSURE A-T-ELLE CAUSÉ UNE PERTE DE TEMPS DE TRAVAIL ? Indiquez les dates, la durée

L'EMPLOYÉ EST-IL RETOURNÉ AU TRAVAIL ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TÉMOINS Indiquez les noms des témoins de l'accident ou de la blessure

DESCRIPTION DES BLESSURES Quelles parties du corps ont été affectées ? Quel type de blessure ?

DESCRIPTION DE L'INCIDENT Que faisait l'employé au moment de l'incident ? Comment la blessure s'est-elle produite ?

TRAITEMENT DES BLESSURES/ACCIDENTS

PREMIERS SECOURS Décrivez les premiers soins donnés sur les lieux de la blessure ou de l'accident.

--

LE BLESSÉ A-T-IL ÉTÉ TRAITÉE AUX URGENCES ?

LE BLESSÉ A-T-IL ÉTÉ PRIS EN AMBULANCE ?

OUI	NON	OUI	NON
-----	-----	-----	-----

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

NOMMEZ LE(S) FOURNISSEUR(S) MÉDICAL(S)

--	--

ADRESSE

TÉLÉPHONE

--	--

TRAITEMENT REÇU

--

SIGNATURE

NOM

SIGNATURE

DATE

EMPLOYÉ			
— OU — RESPONSABLE			

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.