



Nom de la personne blessée :

Employeur :

Élément :

Lieu de travail :

Adresse du lieu de travail:

Heures de travail/quart :

Classification :

Adresse de la personne blessée :

Numéro e téléphone :

Supérieure ou supérieur immédiat :

Accident/incident signalé à :

Date du signalement :

Date et heure de l'accident/incident :

Lieu (emplacement physique) de l'accident/incident :

Conditions météorologiques (s'il y a lieu) :

Description de l'accident/incident :

Description de la blessure :

Cause directe de la blessure :

Causes de l'accident/incident (énumérer toutes les causes possibles) :

Type d'accident/incident :



Recommandations :

Matériel en cause dans l'accident/incident :

Nom des témoins :	Numéro de téléphone :
A-t-on donné des premiers soins?	Dans l'affirmative, nom de la personne ayant donné les premiers soins :

Nom de la représentante ou du représentant syndical chargé de l'enquête :

Nom de la représentante ou du représentant de l'employeur chargé de l'enquête :

Signature de la représentante ou du représentant syndical :

Date du rapport :

Note : Veuillez remplir le recto et le verso du formulaire. Si vous avez besoin de plus d'espace, vous pouvez joindre des feuilles supplémentaires paginées au rapport. Veuillez joindre toutes les photos et vidéos.

