



# REGISTRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

## À remplir et signer par la personne blessée

### IDENTIFICATION

Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_  
Lieu de travail: \_\_\_\_\_ Poste téléphonique : \_\_\_\_\_  
No matricule : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS EN RAPPORT AVEC L'ACCIDENT

- Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Heure de l'accident : \_\_\_\_\_
- Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_
- Activité lors de l'accident : \_\_\_\_\_
- Description de l'accident : \_\_\_\_\_
- Description de la blessure ou du malaise : \_\_\_\_\_

Utiliser le verso au besoin

### ASSIGNATION TEMPORAIRE

- Vos suggestions de tâches possibles en assignation temporaire (travaux légers) : \_\_\_\_\_

Signature de la personne blessée : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

### IMPORTANT

- Remettre ce formulaire rempli et signé à votre supérieur immédiat le jour de l'accident.
- L'unité administrative doit transmettre le formulaire au Service des ressources humaines par télécopieur au 662-5580 dans les plus brefs délais.