

DÉCLARATION DE LÉSION PROFESSIONNELLE

<p style="text-align: center;">PERSONNE ACCIDENTÉE</p> <p>Nom : N.A.S. : Fonction : Lieu de travail :</p>	<p style="text-align: center;">DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT</p> <p>Date : Heure : Lieu :</p>
<p>ACTIVITÉ EN COURS LORS DE L'ACCIDENT :</p>	<p>DESCRIPTION DE L'ACCIDENT : (Préciser les circonstances)</p>
<p>DESCRIPTION DE LA BLESSURE :</p>	<p>NATURE DES PREMIERS SOINS DISPENSÉS :</p>
<p>IDENTITÉ DU (DES) TÉMOIN (S) : (Préciser noms et fonctions)</p> <p>1. 2. 3.</p>	<p>TRANSPORT (s'il y a lieu)</p> <p><input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :</p>
<p>L'ACCIDENT A-T-IL NÉCESSITÉ QUE VOUS VOUS ABSENTIEZ DE VOTRE TRAVAIL?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Durée de l'absence : Du _____ au _____</p>	<p>L'ACCIDENT A-T-IL NÉCESSITÉ QUE VOUS RENCONTRIEZ UN MÉDECIN?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date de la première consultation médicale : _____</p>
<p>_____ Signature de la personne accidentée</p> <p style="text-align: right;">_____ Date</p>	<p>_____ Signature de la direction</p> <p style="text-align: right;">_____ Date</p>