

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

CONSIGNES :

LE TRAVAILLEUR DOIT UTILISER CE FORMULAIRE POUR DÉCLARER
UN ACCIDENT DE TRAVAIL ET CE, SANS DÉLAI:

- **Tout accident du travail**, c'est-à-dire tout événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, lui arrivant par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour lui une lésion professionnelle avec ou sans perte de temps.
- Tout accident affectant **la psychologie** du travailleur
- **Toute maladie professionnelle**, c'est-à-dire toute maladie contractée par le fait ou à l'occasion de son travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail.
Article 2 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
- **Tout incident** c'est-à-dire, événement imprévisible ne provoquant pas de dommage corporel, mais seulement des dégâts matériels.

Important : Si accident avec visite médicale; aviser le représentant en SST et le préventionniste.



DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

BLOC 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ			(À compléter par l'employé)
Nom :	Prénom :	Matricule	
Adresse :		Ville :	
Téléphone :	Date de naissance (année-mois-date) :		
Titre de l'emploi			
DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT			
Date (année-mois-date) :	Jour :	Heure :	
Lieu précis de l'événement :			
Établissement :			
Tâche exécutée au moment de l'accident :			
Horaire de travail complété	Oui	Non	Sinon, heure de l'arrêt de travail :
Supérieur immédiat ou son représentant avisé : Oui		Non	
Nom du supérieur:		Fonction :	
Quand cette personne a-t-elle été avisée		Date :	Heure :

BLOC 2- DESCRIPTION DE L'ACCIDENT		(À compléter par l'employé)
Témoin de l'événement : Oui :		Non
Nom du témoin :		Fonction :

