

# 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

<b>BLOC 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ</b>			<b>(À compléter par l'employé)</b>		
Nom :	Prénom :	Matricule			
Adresse :				Ville :	
Téléphone :		Date de naissance (année-mois-date) :			
Titre de l'emploi					
<b>DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT</b>					
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 :	

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

### BLOC 3- Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée

Aucune          Psychologique          Physique          Autre (précisez) :

--

Que suggérez-vous pour qu'un événement ne se reproduise pas ?

--

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes

Signature de l'employé

(année-mois-date)

Signature du supérieur

(année-mois-date)

### BLOC 4 : DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES (À compléter par le préventionniste)

Avez-vous visité le lieu de l'établissement : OUI	NON	Si Oui, quand?
---	-----	----------------

Avez-vous rencontré l'employé : OUI	Non	Si Oui, quand?
-------------------------------------	-----	----------------

Description des mesures correctives effectuées :

J'effectuerais une enquête approfondie :	Oui	Non
--	-----	-----

J'aurais des commentaires à formuler ultérieurement	Oui	Non
---	-----	-----

\*\*\* Envoyer le document à l'adresse suivante : [CNESST@cssmm.gouv.qc.ca](mailto:CNESST@cssmm.gouv.qc.ca)

EFFACER