

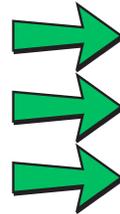


# DÉCLARATION D'ÉVÈNEMENT OU D'INCIDENT SURVENU PENDANT LE TRAVAIL



À compléter par tout travailleur ayant un évènement ou un incident à déclarer, peu importe la conséquence ou le risque

- Conséquences physiques ?
- Conséquences psychologiques ?
- Risque d'évènement imprévisible pouvant provoquer une telle conséquence ?



**OUI TOUJOURS  
À DÉCLARER**

## Rôles du travailleur



1. Compléter avec le plus de détails possible le formulaire (Bloc 1-2-3)
2. Aviser son supérieur immédiat avant de quitter son poste de travail



## Rôles de la direction

1. Compléter le Bloc 4
2. Acheminer le formulaire à l'adresse suivante :

[sstformulaire@cssmm.gouv.qc.ca](mailto:sstformulaire@cssmm.gouv.qc.ca)

À noter que tous les formulaires envoyés à cette adresse seront automatiquement transmis à la préventionniste SST, à la représentante des travailleur ainsi qu'au syndicat.

Article 2 : LATMP (Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles)

**Maladie professionnelle** : 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.

**Accident de travail** : tout événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour lui une lésion professionnelle (avec ou sans perte de temps).

# DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

<b>BLOC 1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ</b>		<b>(à compléter par l'employé)</b>			
Nom :					
Prénom :		Matricule:			
Titre de l'emploi :					
Corps d'emploi :    Soutien                      Professionnel                      Enseignant                      Cadre					
<b>DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT</b>					
Date (année-mois-jour) :		Heure :			
Lieu précis de l'événement :					
Établissement :					
Tâche exécutée au moment de l'accident :					
Horaire de travail complété		Oui	Non	Si non, 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 ou des témoin(s)				Fonction :	

<b>BLOC 3 - CONSÉQUENCE(S) OBSERVÉE(S)</b>		<b>(à compléter par l'employé)</b>			
Aucune		Psychologique	Physique	Autre (précisez) :	

**BLOC 4 – INTERVENTIONS****(à compléter par la Direction)**

Les interventions qui ont été réalisées suivant l'événement :

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

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_  
(année-mois-jour)Signature du supérieur : \_\_\_\_\_  
(année-mois-jour)**BLOC 5 : 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'effectuerai une enquête approfondie    Oui    Non

J'aurai des commentaires à formuler ultérieurement    Oui    Non

\*\*\* Envoyer le document à l'adresse suivante : [sstformulaire@cssmm.gouv.qc.ca](mailto:sstformulaire@cssmm.gouv.qc.ca)**LE FORMULAIRE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE SIGNÉ PAR LA DIRECTION AVANT D'ÊTRE ENVOYÉ**