

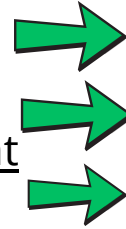


DÉCLARATION D'ACCIDENT OU D'INCIDENT SURVENU PENDANT LE TRAVAIL



À compléter par tout travailleur ayant un événement 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 (Blocs 1-2-3)
2. Aviser son supérieur immédiat avant de quitter son poste de travail



Rôle de la direction

Signer le formulaire et compléter le Bloc 4

Rôles de la secrétaire

S'assurer que le document est signé et qu'il a la bonne nomenclature :
Établissement_DA_Nom, Prénom_Date: 802_DA_Untel, Jean_2025-01-01
Acheminer le formulaire à l'adresse :

sstformulaire@cssmm.gouv.qc.ca

À noter que tous les formulaires envoyés à cette adresse seront automatiquement transmis au syndicat concerné.

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. LATMP, art 2.

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). LATMP, art 2.

Risques psychosociaux : Facteurs liés à l'organisation, aux pratiques de gestion, aux conditions d'emploi et aux relations de travail qui peuvent augmenter les risques de préjudices sur la santé physique et mentale des travailleurs. INSPQ.

**Centre
de services scolaire
des Monts-et-Marées**



DÉCLARATION D'ACCIDENT/INCIDENT DE TRAVAIL

BLOC 1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ		(à compléter par l'employé)
Nom :		
Prénom :		Matricule:
Titre de l'emploi :		
Corps d'emploi :	Soutien	Professionnel
	Enseignant	Cadre
DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT		
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 :

BLOC 2 - DESCRIPTION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT		(à compléter par l'employé)
Témoin de l'événement : Oui		
Non		
Nom du ou des témoin(s)		Fonction :
BLOC 3 - CONSÉQUENCE(S) OBSERVÉE(S)		(à compléter par l'employé)
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 l'usage du représentant en santé et sécurité)

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	

LE FORMULAIRE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE SIGNÉ PAR LA DIRECTION AVANT D'ÊTRE ENVOYÉNomenclature à utiliserÉtablissement_DA_Nom, Prénom_DATE
EXEMPLE : 802_DA_Untel, Jean_2025-01-01

Envoyer le document à l'adresse suivante :

sstformulaire@cssmm.gouv.qc.ca