



DÉCLARATION D'ACCIDENT 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 ② ③ ↗

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

④ ↗

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 ENVOYÉ

Nomenclature à utiliser

Établissement_DA_Nom, Prénom_DATE

EXAMPLE : 802_DA_Untel, Jean_2025-01-01

Envoyer le document à l'adresse suivante :

sstformulaire@cssmm.gouv.qc.ca