

Registre d'accident

Nom et prénom	Matricule	Fonction	Établissement
---------------	-----------	----------	---------------

Date de l'accident :  _____ Heure : _____

Activité au moment de l'accident  _____

Description de l'événement :  _____

 _____

 _____

 _____

 _____

Nature de la blessure :  _____

Premiers soins reçus :  _____

Témoin(s), s'il y a lieu :  _____

Autres commentaires :  _____

Je confirme que j'ai été victime de l'accident ci-haut mentionné et que les faits inscrits sont exacts.

Signature de la travailleuse/du travailleur : _____ Date : _____

Cochez si l'accident a généré une absence le jour de l'événement : ☐ AVEC ABSENCE ☐ SANS ABSENCE

Signature de la direction de l'établissement ou du service : _____ Date : _____



VEUILLEZ TRANSMETTRE LE PRÉSENT REGISTRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU NUMÉRO SUIVANT : 514 642-8330.