

REGISTRE D'ACCIDENT

RHAS-07

NOM(S) ET PRÉNOMS(S)	MATRICULE	EMPLOI	LIEU DE TRAVAIL
----------------------	-----------	--------	-----------------

DATE DE L'ACCIDENT :	HEURE :
ACTIVITÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT :	
DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT : _____	

NATURE DE LA BLESSURE : _____	
PREMIERS SOINS REÇUS : _____	
AUTRES COMMENTAIRES : _____	
TÉMOINS, s'il y a lieu : _____	
Je confirme que j'ai été victime de l'accident ci-haut mentionné et que les faits inscrits sont exacts.	
Signature du travailleur : _____	Date : _____

COCHEZ : AVEC ABSENCE : <input type="checkbox"/> SANS ABSENCE : <input type="checkbox"/>	
EN TOUT TEMPS, TRANSMETTRE PAR TÉLÉCOPIEUR, SECTEUR SANTÉ ET SÉCURITÉ AU 514-642-8330	
Signature de la direction: _____	Date : _____