



# Formulaire Déclaration d'accident du travail

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE	
Nom, prénom	Fonction au moment de l'accident
Numéro d'employé	Arrondissement, service, division
2. PREMIERS SECOURS	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Donnés par (nom, prénom, fonction)
Nature de la blessure :	
Nature des premiers secours :	
3. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT	
Date de l'accident (aaaa-mm-jj) :	Heure de l'accident (hh:mm) :
Lieu précis de l'accident :	
Visite des lieux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Par (nom, prénom, fonction) :	
Témoins : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 1° Nom, prénom, fonction : 2° Nom, prénom, fonction :	
Décrivez clairement la série d'événements qui ont entraîné l'accident. Donnez des précisions sur les faits reliés au <b>MÉLITO</b> ( <b>M</b> oment, <b>É</b> quipement, <b>L</b> ieu, <b>I</b> ndividu, <b>T</b> âche, <b>O</b> rganisation).	



# Formulaire Déclaration d'accident du travail

## 4. MESURES CORRECTIVES IMMÉDIATES

Décrivez les mesures correctives mises en œuvre rapidement à la suite de l'accident.

Mesures correctives mises en œuvre par (nom, prénom, fonction)

Date (aaaa-mm-jj)

## 5. CONFIRMATION DE LA DÉCLARATION

Déclaration remplie par (nom, prénom, fonction)

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Personne accidentée identifiée à la section 1

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Témoins (s'il y a lieu) *(Il n'est pas nécessaire d'inscrire de nouveau le nom des témoins puisque c'est déjà fait à la section 3; il suffit de les faire signer dans le même ordre)*

Signature du témoin 1°

Date (aaaa-mm-jj)

Signature du témoin 2°

Date (aaaa-mm-jj)

# Formulaire Déclaration d'accident du travail

## RAPPEL

### DÉFINITION D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL :

Un accident est un événement **imprévu et soudain** qui survient **par le fait ou à l'occasion du travail** et qui **perturbe le déroulement** normal des opérations. Il est dû à la rencontre d'un **ensemble de circonstances** qui **peuvent causer ou ont causé** soit une blessure, soit des dommages, ou les deux.

Tous les accidents du travail doivent être rapportés immédiatement au supérieur immédiat.

Il est de la responsabilité du supérieur immédiat de s'assurer que :

- la victime est secourue;
- les lieux de l'accident sont sécurisés;
- une déclaration est remplie;
- le processus d'enquête est enclenché.

Le formulaire de déclaration d'accident doit être transmis à :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Par (courriel, courrier interne, etc.) :

-