|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identification de la personne accidentée | | | | | | | | | | | | |
| Prénom, nom | | | | | | | | | Fonction au moment de l’accident | | | |
| Numéro d’employé | | | | | | | | Arrondissement, service, division | | | | |
| premiers secours | | | | | | | | | | | | |
|  | Oui | |  |  | Non | Donnés par (prénom, nom et fonction) | | | | | | |
| Nature de la blessure : | | | | | | | | | | | | |
| Nature des premiers secours : | | | | | | | | | | | | |
| 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 :  Oui  Non | | | | | | | | | | | | |
| par (prénom, nom, fonction) : | | | | | | | | | | | | |
| Témoins :  Oui  Non | | | | | | | | | | | | |
| 1° | | Prénom, nom et fonction : | | | | |  | | | | |  |
| 2° | | Prénom, nom et fonction : | | | | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | | |  |
| Décrivez clairement la série d’événements qui ont entraîné l’accident. Donnez des précisions sur les faits reliés au **MÉLITO** (**M**oment, **É**quipement, **L**ieu, **I**ndividu, **T**âche, **O**rganisation). | | | | | | | | | | | | |
| mesures correctives immédiates | | | | | | | | | | | | |
| Décrivez les mesures correctives mises en œuvre rapidement suite à l’accident. | | | | | | | | | | | | |
| Mesures correctives mises en œuvre par (prénom, nom, fonction) | | | | | | | | | | | Date (aaaa mm-jj) | |
| confirmation de la déclaration | | | | | | | | | | | | |
| Déclaration remplie par (prénom, nom, fonction) | | | | | | | | Signature | | | Date (aaaa-mm-jj) | |
| Personne accidentée identifiée à la section 1 | | | | | | | | Signature | | | Date (aaaa-mm-jj) | |
| Témoins (s’il y a lieu)  **NOTE :** 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) | |

|  |
| --- |
| **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. Ce dernier a notamment comme responsabilité d’enclencher le processus d’enquête. |
| Le formulaire **Déclaration d’accident du travail** doit être transmis à :   |  |  | | --- | --- | |  |  | |  | (fonction + service + mode de transmission) | |  |  | |  | (fonction + service + mode de transmission) | | **3.** |  | |  | (fonction + service + mode de transmission) | |