

MESURES CORRECTIVES IMMÉDIATES

Décrivez les mesures correctives mise en œuvre rapidement suite à l'accident :

Mesures correctives mises en œuvre par : _____ Date : _____

SECTION RÉSERVÉE À L'EMPLOYEUR

Abandon du travail par la personne accidentée le jour de l'accident : Oui Non

Formulaire d'assignation temporaire remis au travailleur : Oui Non

CONFIRMATION DE LA DÉCLARATION

Je, soussigné(e), certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont véridiques et que le récit de l'événement correspond à ce qui s'est réellement produit.

Signature du travailleur : _____ Date : _____ Heure : _____

Signature du témoin 1: _____ Date : _____ Heure : _____

Signature du témoin 2: _____ Date : _____ Heure : _____

Signature du représentant de l'employeur : _____ Date : _____ Heure : _____

AIDE-MÉMOIRE

Définition d'un accident de 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 doit être transmis à :

- Supérieur immédiat;
- Service des ressources humaines.