

REGISTRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

BLOC I : IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE

Nom à la naissance et prénom de la personne salariée : _____

Matricule : _____ Fonction : _____

Lieu de travail : _____ Lieu de l'événement : _____

Date d'événement : _____ Heure : _____

BLOC II : ÉVÉNEMENT

Accident **SANS** absence au-delà
de la journée de l'événement.

Accident **AVEC** absence au-delà de la
journée de l'événement (Faire compléter
la « Réclamation du travailleur »)

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ET NATURE DE LA BLESSURE :

BLOC III : PREMIERS SOINS DISPENSÉS (S'IL Y A LIEU)

Premiers soins dispensés par : Nom et prénom : _____

Fonction : _____

BLOC IV : SIGNATURES

Signature de la personne salariée

Date : _____

Témoin (s'il y a lieu)

Date : _____

Signature de la direction de l'unité administrative

Date : _____