

**DÉCLARATION D'ACCIDENT, D'INCIDENT ET D'ENQUÊTE**  
(Avec et sans perte de temps)

(Veuillez compléter le présent formulaire en lettres moulées)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ N° d'employé : \_\_\_\_\_

Service/dép./module: \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Type d'emploi :	<input type="checkbox"/> Employé régulier <i>(Professeur, professionnel, cadre et soutien)</i>	Pavillon :	<input type="checkbox"/> Alexandre-Taché
	<input type="checkbox"/> Employé à statut particulier		<input type="checkbox"/> Lucien-Brault
	<input type="checkbox"/> Chargé de cours		<input type="checkbox"/> Val-Tétreau
	<input type="checkbox"/> Étudiant		<input type="checkbox"/> CRTL
	<input type="checkbox"/> Stagiaire		<input type="checkbox"/> Saint-Jérôme
	<input type="checkbox"/> Autre : _____		

Événement survenu le : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Événement rapporté à : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_  
*(Nom du supérieur immédiat ou autre)*

Est-ce que la personne a quitté l'établissement à la suite de sa blessure :  Oui  Non

**DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT**

1. Lieu précis de l'accident :  
\_\_\_\_\_

Témoins(s) *s'il y a lieu* : \_\_\_\_\_

2. Que faisiez-vous précisément lors de l'événement (*faits*) ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Décrivez le plus précisément possible la blessure subie :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. À quoi attribuez-vous l'accident (*cause*) ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Premiers soins reçus :  
\_\_\_\_\_

**(À L'USAGE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT)**

*Mesures correctives immédiates :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Mesures permanentes :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'employé*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Signature du gestionnaire*

\_\_\_\_\_  
*Date*

c.c. Copie originale au Service des ressources humaines  
Dossier du gestionnaire

**Note : Si vous vous absentez au-delà de la journée de l'événement, vous devez communiquer avec le Service des ressources humaines afin de compléter les documents requis par la CSST.**