

# Rapport d'accident de travail

## PARTIE I - SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	
NOM DE L'ÉCOLE DU CENTRE DU PAVILLON :	DATE DE L'ACCIDENT :
A-T-IL EU ABSENCE DU TRAVAIL ?	HEURE PRÉCISE DE L'ÉVÈNEMENT :
NON <input type="checkbox"/>	ENDROIT DE L'ÉVÈNEMENT :
OUI <input type="checkbox"/>	
***SI OUI, VOUS DEVEZ JOINDRE UN BILLET MÉDICAL DE LA CNESST	
2. IDENTIFICATION DE L'ACCIDENTÉ	
NOM :	PRÉNOM :
N.A.S. : - -	DATE DE NAISSANCE : JOUR/MOIS/ANNÉE
CORPS D'EMPLOI :	
CADRE <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL <input type="checkbox"/> ENSEIGNANT <input type="checkbox"/> SOUTIEN <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> :	
ADRESSE :	
TÉLÉPHONE : ( )	
3. PREMIERS SOINS	
A-T-IL EU DES PREMIERS SOINS :	NATURE :
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
NOM DE LA PERSONNE AYANT PRODIGUÉ LES PREMIERS SOINS :	
TRANSPORT À L'EXTÉRIEUR :	
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> SI OUI : HÔPITAL <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> AUTRE	
MOYEN DE TRANSPORT : AMBULANCE <input type="checkbox"/> TAXI <input type="checkbox"/> AUTRE :	

## PARTIE II - VERSION DE L'ACCIDENTÉ

4. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT	
4.1 DÉCRIRE LES ÉVÈNEMENTS ET LE CONTEXTE DANS LEQUEL S'EST PRODUIT L'ACCIDENT	
4.2 CAUSES : L'ÉLÉMENT QUI A PROVOQUÉ L'ACCIDENT	
4.3 CONSÉQUENCES OU BLESSURES	
SIGNATURE :	DATE :

## VERSION D'UN TÉMOIN

5. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT	
5.1 DÉCRIRE LES ÉVÉNEMENTS ET LE CONTEXTE DANS LEQUEL S'EST PRODUIT L'ACCIDENT	
5.2 CAUSES : L'ÉLÉMENT QUI A PROVOQUÉ L'ACCIDENT	
5.3 CONSÉQUENCES OU BLESSURES	
SIGNATURE DU TÉMOIN	DATE :
 S'IL Y A PLUS D'UN TÉMOIN, COMPLÉTER LE RAPPORT SUR UNE AUTRE FEUILLE ET ANNEXER	

## PARTIE III - VERSION DE LA DIRECTION

6. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT				
6.1 DÉCRIRE LES ÉVÉNEMENTS ET LE CONTEXTE DANS LEQUEL S'EST PRODUIT L'ACCIDENT				
6.2 CAUSES : L'ÉLÉMENT QUI A PROVOQUÉ L'ACCIDENT				
6.3 CONSÉQUENCES OU BLESSURES				
SIGNATURE DE LA DIRECTION :				
DATE :				
7. ÉTAT PHYSIQUE DES LIEUX	CASE À COCHER <input checked="" type="checkbox"/>	OUI	NON	S/O
• L'activité était-elle reliée à la tâche de l'employé et autorisée?				
• La réalisation de l'activité était-elle sécuritaire (méthode, mouvement, position)?				
• L'information sur le danger en cause avait-elle été fournie?				
• Le milieu physique environnant était-il sécuritaire (surfaces, éclairage, etc.)?				
• L'équipement était-il sécuritaire (outils, etc.)?				
• L'équipement de protection individuel était-il utilisé?				
• Les actions prises à l'égard de la personne accidentée étaient-elles appropriées?				
• La surveillance et l'encadrement étaient-ils adéquats?				
8. MESURES CORRECTIVES EFFECTUÉES ET DÉMARCHES ENTREPRISES AUPRÈS DE L'ACCIDENTÉ				
MESURES CORRECTIVES :				
DÉMARCHES AUPRÈS DE L'ACCIDENTÉ :				

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

\_\_\_\_\_  
DATE