

**OUTIL :  
AVIS D'ÉVÉNEMENT  
ACCIDENTEL**Nom de l'établissement :  

---

Numéro de l'avis :  

---

Adresse :  

---

**SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ACCIDENTÉ**Date de l'événement :  

---

Heure de l'événement :  

---

Lieu de l'événement :  

---

Nom, Prénom :  

---

Années d'ancienneté :  

---

Statut :  Permanent  Occasionnel  Temporaire  Saisonnier  AutreCorps d'emploi :  

---

**SECTION 2 : CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT**

L'accident est-il :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Sans blessure ni dommage matériel (incident) | <input type="radio"/> Avec perte de temps (- de 1 jour) |
| <input type="radio"/> Avec blessure sans perte de temps            | <input type="radio"/> Avec perte de temps (+ de 1 jour) |
| <input type="radio"/> Avec dommages matériels                      | <input type="radio"/> Rechute                           |

**SECTION 3 : DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT**Expliquer la façon dont l'événement est survenu :  

---

  

---

  

---

  

---

**SECTION 4 : MESURES CORRECTIVES APPORTÉES**

Noms des collègues de travail présents :

---

---

---

Nom de la personne qui a rempli le formulaire :

---

Mesures prises après l'accident :

---

---

Commentaires du supérieur immédiat :

---

---

---

Signature du supérieur immédiat :

---

Date :

---

Signature du travailleur accidenté :

---

Date :

---