

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

Numéro de l'avis :

Adresse :

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ACCIDENTÉDate 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'ÉVÉNEMENTExpliquer 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 :
