

# Registre d'accident

Nom et prénom	Matricule	Fonction	Établissement
---------------	-----------	----------	---------------

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Activité au moment de l'accident : \_\_\_\_\_

Description de l'événement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nature de la blessure : \_\_\_\_\_

Premiers soins reçus : \_\_\_\_\_

Témoin(s), s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

Autres commentaires : \_\_\_\_\_

Je confirme que j'ai été victime de l'accident ci-haut mentionné et que les faits inscrits sont exacts.

Signature de la travailleuse/du travailleur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Cochez si l'accident a généré une absence le jour de l'événement :  AVEC ABSENCE  SANS ABSENCE

Signature de la direction de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_