



SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

RAPPORT D'ACCIDENT DE TRAVAIL

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	
Nom de l'unité administrative : _____	
Date : _____	Heure : _____ heures _____ minutes
Lieu : _____	
Y a-t-il eu absence du travail autre que la journée de l'accident ? _____	

2. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE	
Nom : _____ Prénom : _____	
Matricule : _____ Date de naissance : _____	
Adresse : _____	
N° civique	rue
appartement	ville
Code postal : _____ Téléphone : _____	
Cadre	Professionnel/le
Enseignant/e	Soutien
Autre	Préciser : _____
Classe d'emploi : _____	

3. PREMIERS SOINS		
Premiers soins : oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Nature : _____
Nom de la personne ayant prodigué les premiers soins : _____		
Transport à l'extérieur		oui <input type="checkbox"/>
		non <input type="checkbox"/>
Si oui : ambulance <input type="checkbox"/>	taxi <input type="checkbox"/>	Autre : _____
hôpital <input type="checkbox"/>	domicile <input type="checkbox"/>	Autre : _____

- AVISER IMMÉDIATEMENT LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET ACHEMINER CE RAPPORT AU PLUS TARD LE LENDEMAIN DE L'ACCIDENT**
- CONSERVER UNE COPIE AU REGISTRE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL**

RH-10-A-13

- **Description de l'accident : les événements et le contexte dans lesquels s'est**

produit l'accident

- **Causes** : l'élément qui a provoqué l'accident
- **Conséquences** : la blessure ou les dommages résultants de l'accident

4. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (VERSION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE)

Description de l'accident : _____

Causes : _____

Conséquences ou blessures : _____

Signature de la personne accidentée : _____

Date : _____

5. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (VERSION D'UN TÉMOIN)

Description de l'accident : _____

Causes : _____

Conséquences ou blessures : _____

Signature du témoin : _____

Date : _____

- S'il y a plus d'un témoin, compléter le rapport sur une feuille blanche et annexer**

6. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (VERSION DE LA DIRECTRICE OU DU DIRECTEUR)

Description de l'accident : _____

Causes : _____

Conséquences ou blessures : _____

Signature de la directrice ou du directeur : _____

Date : _____

7. ÉTAT PHYSIQUE DES LIEUX

	O	N	S/O
! l'activité était-elle reliée à la tâche de l'employé/e 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 DÉMARCHE ENTREPRISE AUPRÈS DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE

Mesures correctives : _____

Démarche auprès de la personne accidentée : _____

Signature de la directrice ou du directeur_____
Date