

Nom du projet: 0

Nom de l'entrepreneur Général: Truc-Réno inc.

Nom du propriétaire: 0

Date du rapport: _____ t:

Type d'accident	
À une personne	<input type="checkbox"/>
À la propriété d'	<input type="checkbox"/>
À la propri	<input type="checkbox"/>
À un	<input type="checkbox"/>
À d	<input type="checkbox"/>
À l'e	<input type="checkbox"/>
À un b	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Descriptions des dommages:

Nom du travailleur:

Employeur du travailleur:

Nom de contact:

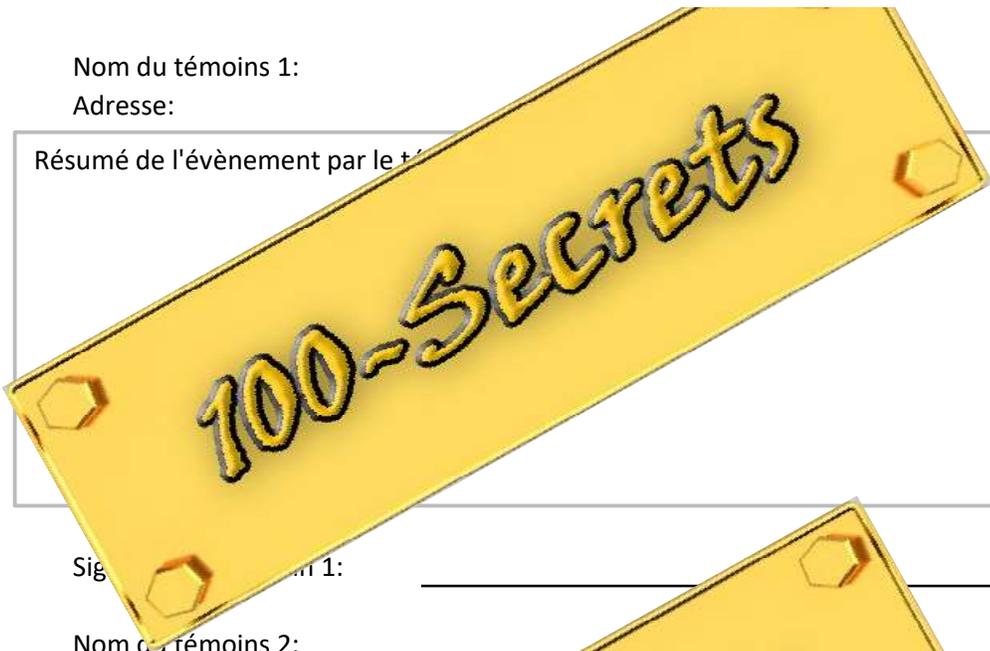
Résumé de l'évènement par le t

Signature du travailleur: _____

Nom du témoins 1:

Adresse:

Résumé de l'évènement par le t



Signé par le témoin 1: _____

Nom du témoins 2:

Adresse:

Résumé de l'évènement par le t

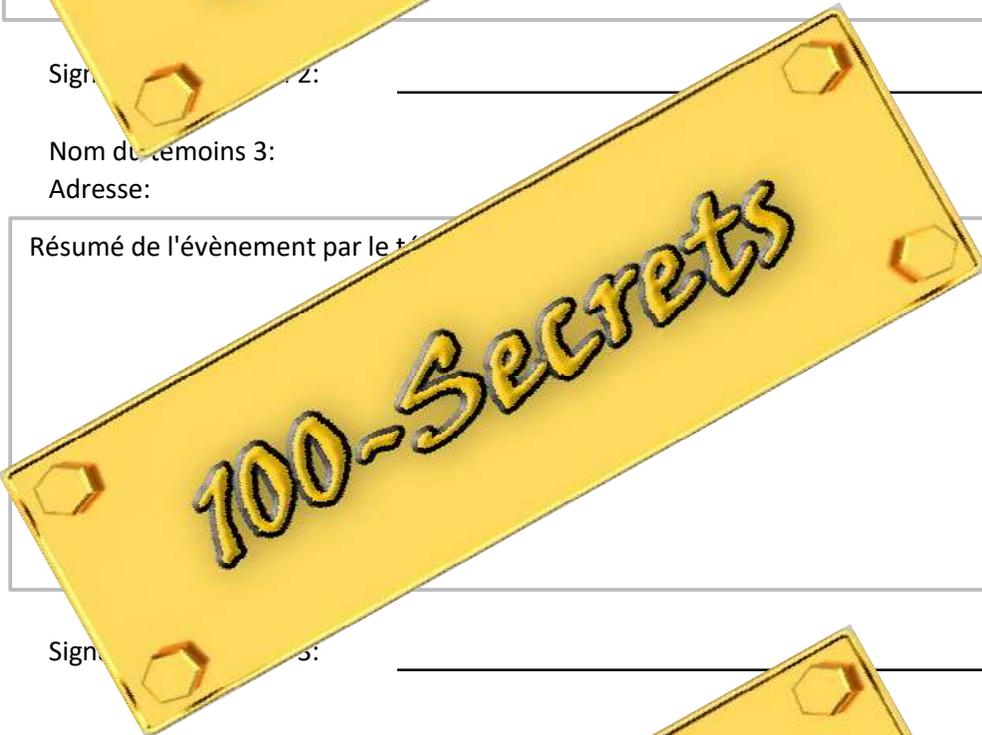


Signé par le témoin 2: _____

Nom du témoins 3:

Adresse:

Résumé de l'évènement par le t

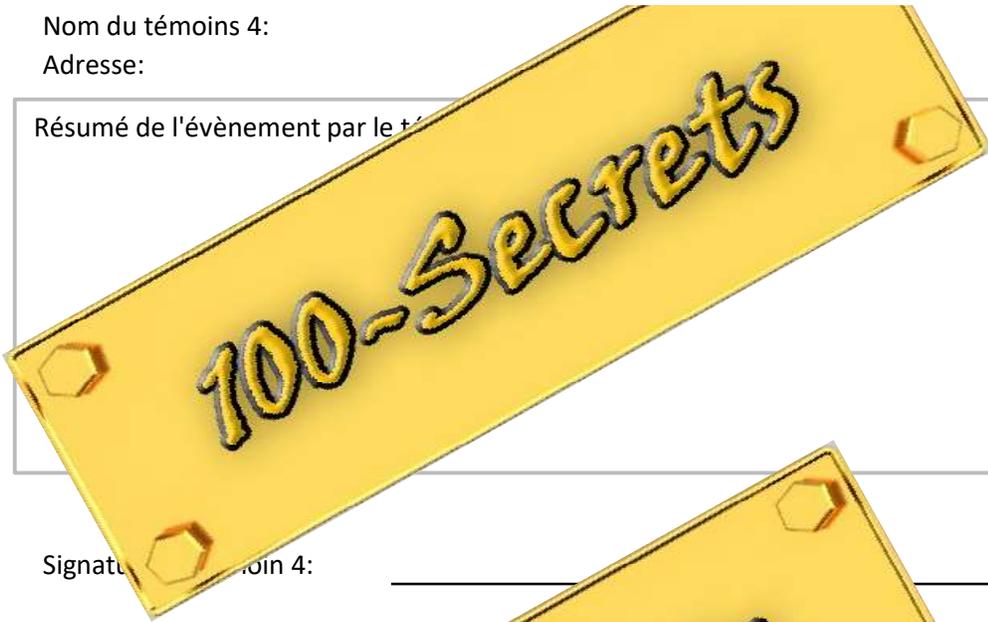


Signé par le témoin 3: _____

Nom du témoins 4:

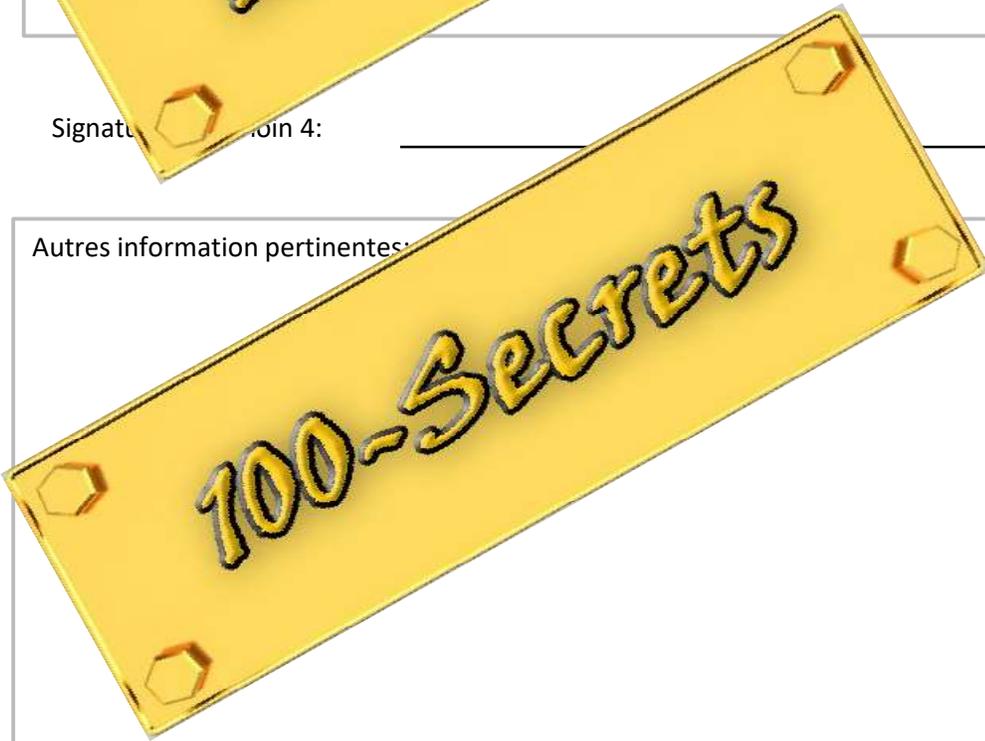
Adresse:

Résumé de l'évènement par le t



Signature témoins 4: _____

Autres information pertinentes:



Nom de celui qui remplit ce rapport:

Signature : _____