

Nom du projet: 0
 Nom de l'entrepreneur général:
 L'accidenté est l'employé de:

Nom du travailleur:
 Date de l'accident:
 Nom des témoins s'il a lieu:

A-t'il d'autres travailleurs impliqués? Combien:
 Métier du travailleur:
 Lieu de l'accident:
 Type de travail:

Description de l'accident:

Soins effectués:
 Nom du service de santé:

Blessure considérée comme majeure: Non Oui

La blessure a-t'elle nécessité aller à l'hôpital ou à la clinique?
 Si oui lesquels:
 Accompagner par qui:
 Date de la reprise du travail:
 Mesures correctives apportées:

Le travailleur a-t'il des vêtements manquants si oui lesquels:

Le travailleur a-t'il des outils manquants si oui lesquels étaient manquants:

Le travailleur a-t'il des équipements de protection personnelle manquants si oui lesquels:

Ce document a été préparé par: Michel Gauthier
 Votre titre:

Si décès du travailleur informer la CNESST dans les 24 hres.