

Campus de Québec       Campus de Charlesbourg       Autre site ou endroit

**Important** À compléter immédiatement après l'incident. Version électronique : cliquer sur Envoyer le formulaire.  
 Version papier : remettre au préposé à la sécurité.

<b>Identification</b>			Étudiant <input type="checkbox"/>	Travailleur <input type="checkbox"/>	Visiteur <input type="checkbox"/>	Sexe : F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Nom :		Prénom :		No employé :			
Titre d'emploi (travailleur) :				Service ou département :			
Adresse :				Ville :			
Code postal :		Téléphone :		Date naissance :			

Date de l'incident :		Heure de l'incident :	
Lieu de l'incident :		Si extérieur, description des lieux :	
Témoins :			
Nom :		Téléphone :	

**Circonstances de l'incident**

Décrire comment s'est produit l'incident (en tenant compte du lieu, des activités exercées et des circonstances).


Si nécessaire, veuillez utiliser la page 3

Qu'est-ce qui a provoqué l'incident ?


Si nécessaire, veuillez utiliser la page 3

<b>Genre de blessure et interventions faites</b> <span style="float: right;">Si nécessaire, veuillez utiliser la page 3 <input type="checkbox"/></span>	
(ex. : brûlure, coupure légère, éraflures, corps étranger, écrasement, etc.)	
Partie du corps blessée ou atteinte :	
Abandon du travail (travailleur) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Abandon des cours (étudiant) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Premiers soins reçus <input type="checkbox"/>	Si refus des soins, cocher <input type="checkbox"/>

**Je, soussigné(e), certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit.**

Signature de l'accidenté :	Date:	Heure:	Téléphone:
Signature du témoin :	Date:	Heure:	Téléphone:
Signature de l'enseignant (si étudiant) :	Date:	Heure:	Téléphone:
Signature d'un membre (comité SST) :	Date:	Heure:	Téléphone:

**Employé :** Cliquer sur **Envoyer le formulaire** ou remettre le rapport au préposé à la sécurité.  
Pour les écoles ateliers et le CFCMA, le formulaire doit être remis à leur administration respective.

**Étudiant ou visiteur :** Expédier le rapport aux Services administratifs, campus de Québec ou à la direction du campus, campus de Charlesbourg.

--

**CORRECTIFS (à compléter par le responsable du suivi et le Comité SST)**

Action(s) corrective(s) implantée(s)	Responsable	Début (jj/mm/aaaa)	Fin (jj/mm/aaaa)	Efficacité	
				Oui	non

**INFORMATION AU REQUERANT (à compléter par le responsable du suivi et le Comité SST)**

Intervention(s) de suivi	Responsable	Début (jj/mm/aaaa)	Fin (jj/mm/aaaa)	Satisfaction	
				Oui	Non

**Pour envoyer le formulaire dûment complété aux membres du Comité de santé et de sécurité (CSS), veuillez cliquer sur « Envoyer le formulaire ».**

« Envoyer le formulaire »
---------------------------

