

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.

Identification			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

Genre de blessure et interventions faites Si nécessaire, veuillez utiliser la page 3 <input type="checkbox"/>	
(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 »

Circonstances de l'incident (suite de la page 1)

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

Qu'est-ce qui a provoqué l'incident ?

Genre de blessure et interventions faites

(ex. : brûlure, coupure légère, éraflures, corps étranger, écrasement, etc.)

Partie du corps blessée ou atteinte :
