

# RAPPORT D'ENQUÊTE INCIDENT / ACCIDENT DE TRAVAIL

Formulaire à compléter par le travailleur

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ No de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

Catégorie de personnel :  Cadre  Soutien  Enseignant secondaire  Enseignant aux adultes  
 Professionnel  Enseignant primaire  Enseignant formation professionnelle Autres : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure de l'événement : \_\_\_\_\_

Date de déclaration de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure de déclaration de l'événement : \_\_\_\_\_

Témoins : \_\_\_\_\_

Type d'événement :  Accident<sup>1</sup>  Incident<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Accident : Événement qui a entraîné une blessure, maladie ou voie de fait / agression.

<sup>2</sup> Incident : Situation jugée à risque.

**Description de l'événement :**

---

---

---

---

---

---

**Suggestions de correctifs à apporter :**

---

---

---

**Section à compléter s'il s'agit d'un accident :**

Conséquence :  Blessure  Maladie  Voie de fait / agression Précisez : \_\_\_\_\_

Traitement requis :  Premiers soins  Hôpital Si oui, arrêt de travail ? \_\_\_\_\_

**Signature de l'employé(e) :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Description des mesures correctives ou préventives (à compléter par le supérieur immédiat)**

**Avez-vous visité le lieu de l'événement :**  Oui  Non Si oui, quand : \_\_\_\_\_

**Avez-vous rencontré l'employé :**  Oui  Non Si oui, quand : \_\_\_\_\_

**Commentaires :**

---

---

---

**Description des mesures correctives effectuées :**

---

---

---

**Signature de la direction de l'établissement :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_