[ ]  **Accident** [ ]  **Incident**

|  |
| --- |
| ***À lire avant de remplir ce formulaire*** |
| * La personne qui subit un accident du travail ou un incident doit le signaler ***sans délai*** à son supérieur immédiat ou sa supérieure immédiate, ou à défaut, à un membre du personnel, et ce, avant de quitter les lieux de l’établissement.
 |
| * L’**original de cette déclaration**doit être transmis **dans les 48 heures suivant l’événement** au **Service des ressources humaines,** à l’attention de **madame Caroline Chagnon**, **pavillon 5,** **local 51-116 (****caroline.chagnon@cegepsherbrooke.qc.ca****).**
 |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE** |
| **Nom :** |       | **Prénom :** |       | **Numéro étudiant :**       |
| **Statut :** Membre du personnel [ ]  Étudiant ou étudiante [ ]  Autre [ ]  préciser :         | **Numéro employé  :**       |
| **Département / service :** |       | **Téléphone :**       |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION DE L’ACCIDENT / INCIDENT** |
| **Événement survenu le :** |       |  |       | **Lieu précis de l’accident/incident :** | pavillon :       local :       |
|  | *Date :* ***aaaa-mm-jj******h:min*** | endroit :  |       |
| **Description de l’événement :** |  |
|       |
|  |
|  |
|  |
| **Témoins :** | 1. |       |       |  | 2. |       |       |
|  |  | *Nom* | *Prénom* |  |  | *Nom* | *Prénom* |
| **Une personne a-t-elle été avisée?**  | [ ]  **Non** | [ ]  **Oui, indiquer qui et quand**  |
| **Nom**  |       |  | **Date (*aaaa-mm-jj*)** |       | **Heure (*hh :mm*)** |       |
| **Description de la blessure ou de la douleur :** |  |  |
|       |
|  |
| **Est-ce que vous prévoyez faire examiner votre blessure par un médecin?** | [ ]  **Non** [ ]  **Oui**  |
| **Journée de travail complétée :** | **[ ]  Non, indiquer l’heure de l’arrêt de travail (hh:mm)** | **[ ]  Oui** |
|  |  |       |
| ***Signature de la personne accidentée*** |  | ***Date (aaaa-mm-jj)*** |
| **Premiers soins donnés :**[ ]  **Non**  | [ ]  **Oui**        |  |  |
|  | **(*aaaa-mm-jj*)** |  |  |
| **Nature de premiers soins :** |  |  |
|       |
|       |
|       |
|       |  |  |  |       |
|  ***Nom (en caractère d’imprimerie)***  | ***Signature de la personne secouriste ou responsable*** | ***Date (aaaa-mm-jj)*** |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES ET/OU PRÉVENTIVES** |
| ***À compléter avec :***  |  |
| * ***Membre du personnel : compléter cette section du formulaire avec votre supérieur immédiat ou supérieure immédiate.***
* ***Étudiant ou étudiante : compléter cette section du formulaire avec un membre du personnel du Cégep.***
* ***Autre : compléter cette section du formulaire avec votre contact du Cégep ou avec un agent ou une agente de sécurité.***
 |
| **Description des mesures correctives et/ou préventives suggérées ou effectuées** |
| **Immédiates/temporaires :** |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| **Date de la rencontre avec la personne accidentée :** |        |  |
|  |  |  |
| **SECTION À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SUPÉRIEURE IMMÉDIATE OU LA PERSONNE RESPONSABLE DU SECTEUR** |
| **Avez-vous visité le lieu de l’événement?** [ ]  **Non**  | [ ]  **Oui**        |  |
|  | **(*aaaa-mm-jj*)** |  |
| **Je recommande qu’une enquête approfondie soit effectuée :** |
|  | [ ]   | **Non** | **Expliquer pourquoi** |
|  | [ ]   | **Oui** | **Expliquer pourquoi** |
|             |
| **J’aurai des commentaires à formuler ultérieurement :** | [ ]  **Non** [ ]  **Oui**  |
| ***SIGNATURE du supérieur immédiat ou de la supérieure immédiate ou de la personne responsable du secteur*** |
| **Nom (**en caractères d’imprimerie**)** |  |       |
| **Signature** |  |  |
| **Date (aaaa-mm-jj)** |  |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Ce formulaire doit être acheminé à la gestionnaire responsable de la santé et sécurité au travail.Les formulaires des étudiants et étudiantes doivent préalablement être acheminés à la direction de l’enseignement et des programmes responsable du secteur.*** |