



Conseil scolaire catholique de district des Grandes Rivières

Rapport d'accident survenu au travail

A être complété dans un délai de deux jours et acheminé, par télécopieur, à l'administratrice adjointe du service des ressources humaines au (705) 267-7247.

Nom du membre du personnel: _____

Sexe: Mâle:
Femelle:

Adresse à domicile: _____

Code postal: _____

Numéro de téléphone: _____

Date de naissance: _____

Date d'embauche: _____

Lieu de travail/école: _____

Poste occupé: _____

Heures normales de travail: _____

Temps partiel: _____

Temps plein: _____

Date de l'accident ou de la maladie et renseignements

1.	Date de l'accident : _____	Heure: _____
	Date à laquelle la personne responsable de la supervision a été avisée	_____
	Heure à laquelle la personne responsable de la supervision a été avisée	_____

2.	A qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré?
	Nom: _____
	Titre: _____
	Poste: _____

3.	La lésion est-elle	4.	Type d'accident ou de maladie (cochez tous les éléments qui s'appliquent)				
	<input type="checkbox"/> un événement soudain et		<input type="checkbox"/> Heurté ou coincé		<input type="checkbox"/> Chute		<input type="checkbox"/> Glissade ou trébuchement
	<input type="checkbox"/> apparue graduellement?		<input type="checkbox"/> Effort excessif		<input type="checkbox"/> Substance nocive		<input type="checkbox"/> Accident de véhicule automobile
	<input type="checkbox"/> une maladie		<input type="checkbox"/> Mouvement répétitif		<input type="checkbox"/> Agression		
	<input type="checkbox"/> un décès?		<input type="checkbox"/> Incendie ou explosion		<input type="checkbox"/> Autre (précisez):		

5. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/>	Tête	<input type="checkbox"/>	Dents	<input type="checkbox"/>	Haut du dos	Gauche		Droit		Gauche		Droit		Gauche		Droit		Gauche		Droit	
<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	Cou	<input type="checkbox"/>	Bas du dos	<input type="checkbox"/>	Épaule	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Poignet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hanche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Cheville	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Yeu	<input type="checkbox"/>	Poitrine	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	Bras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Main	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Cuisse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Pied	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Oreille(s)			<input type="checkbox"/>	Bassin	<input type="checkbox"/>	Coude	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Doigt(s)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Orteil(s)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Autre _____					<input type="checkbox"/>	Avant-bras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Bas de la jambe	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

6. Comment l'accident s'est-il produit?

Si pertinent, joindre une ou des photos

7. **Quels sont les causes immédiates de l'accident?**
 (Actes et/ou conditions dangereuses en relation avec l'accident)
 (ex. effort excessif, chute, glissade, agression, etc)

Analyse de cause
 (ex. opération, équipement, outils, position, etc.)

1.

Pourquoi?

2.

Pourquoi?

8. Est-ce que vous avez déjà subi une maladie ou une blessure similaire?

Oui Non

S.v.p. fournir les détails:

9. **Quelles sont les mesures à prendre pour éviter la répétition?****Qui fera ce travail et quand?**

10. Que faisiez-vous au moment de l'accident?

Précisez la dimension, la masse et le genre d'équipement ou de matériel impliqué (s'il y a lieu) :

À quel endroit l'accident est-il survenu?

Admission à l'hôpital ou obtention de soins médicaux?

oui: non:

Nom de l'hôpital ou de la clinique: _____

Nom du médecin traitant: _____

Obtention des premiers soins? oui: non:

Si oui, qui? _____

Nom des témoins (s'il y a lieu):

N.B.:

1. Veuillez vous assurer de fournir les soins d'urgence nécessaires
2. Veuillez avertir l'**administratrice adjointe** du service des ressources humaines immédiatement au 267-1421 (1-800-465-9984) et lui faire parvenir ce formulaire par télécopieur dans **un délai de deux jours** après l'accident.
3. Si l'absence doit se prolonger au-delà de cinq (5) jours ouvrables, le membre du personnel ayant subi un accident au travail doit communiquer avec l'administratrice adjointe du service des ressources humaines sur une base hebdomadaire.
4. Il incombe au superviseur immédiat d'aviser l'administratrice du service des ressources humaines de la date du retour au travail du membre du personnel.

En apposant ma signature ci-dessous, je réclame des prestations en vertu de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, pour une lésion ou maladie reliée au travail. De plus, j'autorise mon professionnel de la santé à remettre à l'employeur, à la CSPAAT et à moi-même une copie du formulaire de la CSPAAT intitulé "Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au travail rapide" sur lequel il aura fourni les renseignements sur mes capacités fonctionnelles.

Signature (telle que requise par la CSPAAT)

Date

Note: Conformément à la **Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée**, les renseignements personnels sur ce formulaire serviront uniquement aux fins de documentation et de répondre aux exigences de la **Loi sur les accidents du travail en Ontario**. Veuillez adresser toutes requêtes au coordonnateur du Conseil pour l'accès à l'information au (705) 563-8144.

Signature du membre du personnel

Signature : Responsable de la supervision immédiate