



## Formulaire

N° 2002

Domaine : Ressources humaines

En vigueur le : 17 août 2002

Révisé le : 11 janvier 2021

### Rapport d'accident survenu au travail

À être complété dans un délai de deux jours et acheminé à l'attention des ressources humaines par courriel à [cspaat@cscdgr.education](mailto:cspaat@cscdgr.education) ou par télécopieur à l'administratrice adjointe du service des ressources humaines au (705) 267-7247.

Nom du membre du personnel : _____	Sexe : _____	Mâle : <input type="checkbox"/>
Adresse à domicile : _____		Femelle : <input type="checkbox"/>
_____	Code postal : _____	
Numéro de téléphone : _____		
Date de naissance : _____	Date d'embauche : _____	
Lieu de travail/école : _____	Poste occupé : _____	
Heures normales de travail : _____	Temps partiel : <input type="checkbox"/>	Temps plein : <input type="checkbox"/>

### 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.	À 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 ( <b>cochez tous les éléments qui s'appliquent</b> )			
	<input type="checkbox"/> un évènement soudain?		<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.	<b>Région du corps atteinte (cochez tous les éléments qui s'appliquent)</b>														
	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Haut du dos	Gauche		Droit		Gauche		Droit		Gauche		Droit	
	<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Bas du dos	Épaule				Poignet				Hanche			
	<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Abdomen	Bras				Main				Cuisse			
	<input type="checkbox"/> Oreille(s)	<input type="checkbox"/> Bassin		Coude				Doigt(s)				Genou			
	<input type="checkbox"/> Autre : _____			Avant-bras								Bas de la jambe			

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

---



---



---



---



---

Si pertinent, joindre une ou des photos.

7.	<b>Quels sont les causes immédiates de l'accident?</b> (Actes et/ou conditions dangereuses en relation avec l'accident) (ex. : efforts excessif, chute, glissade, agression, etc.)	<b>Analyse de cause</b>
	•	Pourquoi?
	•	Pourquoi?

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

S.v.p., fournir les détails : \_\_\_\_\_

---



---



---



---

9.	<b>Quelles sont les mesures à prendre pour éviter la répétition?</b>	<b>Qui fera ce travail et quand?</b>

**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 705 267-1421 (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 liée 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**