COMMISSION SCOLAIRE DE LA JONQUIÈRE

RAPPORT D'ÉVÉNEMENT OU D'ACCIDENT

HYGIÈNE, SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

DATE ET HEURE DE L'ÉVÉNEMENT : _____ _____ _____ _____
année mois jour heure

ÉTABLISSEMENT : _____
Nom de l'école/centre/service

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE TRAVAILLEUR OU SON REPRÉSENTANT (DÉCRIRE EN VOS MOTS)

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT SELON LA VERSION DU TRAVAILLEUR

① **TÂCHE OU ACTIVITÉ :** _____

② **LIEU :** _____

③ **L'ÉVÉNEMENT ET/OU L'ACCIDENT :** _____

_____

_____

_____

TÉMOINS : _____

④ **L'ÉQUIPEMENT EN CAUSE :** _____

⑤ **LA DOULEUR ET/OU LA BLESSURE :** _____
(aucun diagnostic médical)

DÉTAILS SUR L'ÉVÉNEMENT OU L'ACCIDENT

CET ÉVÉNEMENT OU ACCIDENT A ENTRAÎNÉ : Aucune perte de temps ☐ Une perte de temps ☐

SITUATION RÉCURRENTE OUI ❑ NON ❑ SITUATION DÉJÀ DÉCLARÉE OUI ❑ NON ❑ NBRE DE DÉCLARATIO :___

PREMIERS SOINS : Au travail ☐ Au centre hospitalier ☐ À la clinique médicale ☐

DATE DE DÉBUT DE L'ARRÊT DE TRAVAIL : _____ _____ _____
année mois jour

DATE DE RETOUR AU TRAVAIL : _____ _____ _____
année mois jour

CORPS D'EMPLOI : Enseignant ☐ Champ_____ Soutien ☐ Professionnel ☐ Administration ☐

MESURES CORRECTIVES PRISES SUITE À L'ACCIDENT **DATE :** _____ _____ _____
année mois jour

- Ne s'applique pas ☐
- Démarche ou recommandation : _____

_____

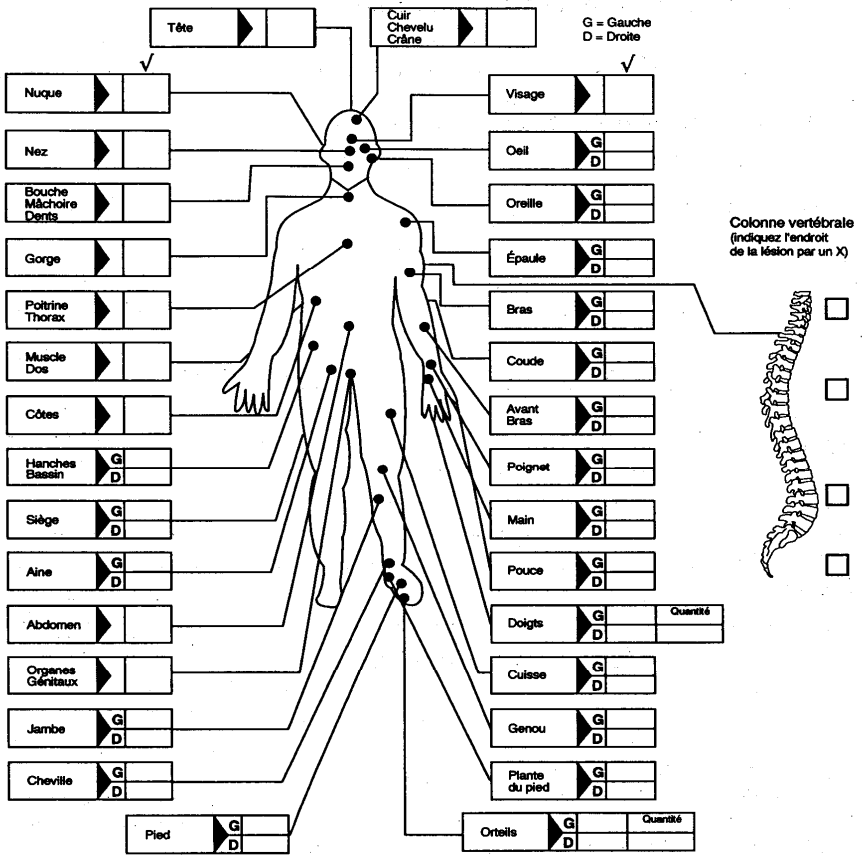
_____

Signatures : Répondant HSST : _____ Direction : _____

- La forme masculine utilisée dans ce document désigne, aussi bien les hommes que les femmes
- Mise à jour janvier 2011

SCHÉMA DE L'ÊTRE HUMAIN

---------- Cochez les parties du corps touchées



IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

Nom : _____

Prénom : _____

N° de téléphone : _____

Numéro d'assurance sociale

X X X ☐☐☐ X X X

Ou numéro matricule : ☐☐☐☐

RÉSERVÉ AUX SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES

- ☐ Ressources matérielles
- ☐ Syndicat de l'enseignement, SEDLJ
- ☐ Syndicat du soutien, SPSSDLJ
- ☐ Syndicat des professionnels, SPPES

RÉSERVÉ AUX ÉTABLISSEMENTS

- ☐ Ressources humaines

RÉSERVÉ AUX SYNDICATS

- ☐ Représentant syndical en HSST

SIGNATURE DU TRAVAILLEUR : _____

DATE : _____ _____ _____

année mois jour