Centre de services scolaire des Laurentides
Québec

Service des ressources humaines – Secteur santé

AVIS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Identification de l'employé(e) impliqué(e)

Prénom et Nom : _____

Matricule : _____

Corps d'emploi : _____

École ou centre : _____

Nom du supérieur immédiat avisé : _____

Description de l'évènement

Date et heure : _____

Lieu précis de l'évènement (endroit de l'accident) : _____

Décrire en détail les circonstances de l'évènement (veuillez également préciser le « pourquoi » et « comment ») :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Témoin :

Nom : _____ Corps d'emploi occupé : _____

Description de l'évènement :

_____

_____

_____

_____

*** Advenant des témoins supplémentaires, veuillez compléter et annexer une feuille séparément ***

Autres renseignements

	OUI	NON	
Perte de temps (plus d'une journée) :	☐	☐	
Soins médicaux reçus (spécifier) :	☐	☐	_____
Arrêt de travail (avec justificatif médical) :	☐	☐	

Faire suivre ce formulaire à l'équipe santé aux ressources humaines : rh.sante1@csslaurentides.gouv.qc.ca ou rh.sante2@csslaurentides.gouv.qc.ca

Veuillez mettre en copie conforme votre syndicat : z45.Laurentides@lacsq.org / csn@cslaurentides.qc.ca / presidencesppell@gmail.com

Veuillez mettre en copie conforme votre représentant SST : representantSST@csslaurentides.gouv.qc.ca

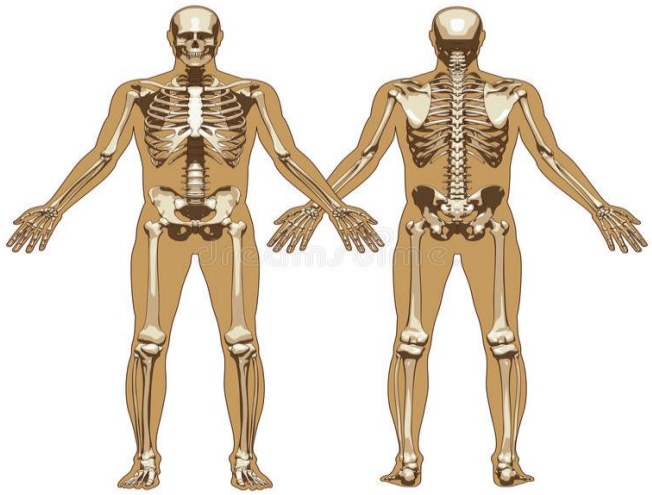
Description de l'évènement (Suite)

S'agit-il d'un évènement de nature psychologique ? Oui ☐ Non ☐
Commentaire : _____

Dans le cas d'une agression - élève envers adulte : Est-ce un(e) élève récidiviste ? Oui ☐ Non ☐
Siège de la lésion physique :

Tête :	☐	
Œil :	G☐	D ☐
Cou :	☐	
Épaule :	G☐	D ☐
Bras :	G☐	D ☐
Coude :	G☐	D ☐
Poignet :	G☐	D ☐
Main / Doigt :	G☐	D ☐
Dos :	☐	
Jambe :	G☐	D ☐
Cuisse :	G☐	D ☐
Genou :	G☐	D ☐
Mollet :	G☐	D ☐
Cheville :	G☐	D ☐
Pied /Orteil :	G☐	D ☐
Autre (spécifier) :		

Encercler la partie du corps blessée :



Signature de l'employé(e)

☐ Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques et complets.

Signature de l'employé(e) :_____ Date déclaration :_____

Signature de la direction

Détail de la mesure corrective mise en place : _____
_____
_____

☐ Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Identification de la direction (lettres moulées) :_____

Signature de la direction :_____ Date réception :_____

Espace réservé au Service des ressources humaines

Faire suivre ce formulaire à l'équipe santé aux ressources humaines : rh.sante1@csslaurentides.gouv.qc.ca ou rh.sante2@csslaurentides.gouv.qc.ca
Veuillez mettre en copie conforme votre syndicat : z45.Laurentides@lacsq.org / csn@cslaurentides.qc.ca / presidencesppell@gmail.com
Veuillez mettre en copie conforme votre représentant SST : representantSST@csslaurentides.gouv.qc.ca