**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**](mailto: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.*** | | | | | | | | | | | | | |