



Prière de cocher SVP :

Sans perte de temps

Avec perte de temps

## RAPPORT D'ÉVÉNEMENT OU D'ACCIDENT AU TRAVAIL

**BLOC I À compléter par l'employé(e)**

### IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE L'ACCIDENTÉ(E)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

Enseignant  Professionnel  Soutien  Cadre  Autre : \_\_\_\_\_

### DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'ÉVÉNEMENT

*Selon la version de l'employé(e)*

Lieu de l'événement : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Décrire de façon détaillée les circonstances entourant la survenance de l'accident, soit la tâche effectuée au moment de l'événement, les mouvements et/ou gestes posés, les personnes impliquées, la lésion (blessure et partie du corps touchée):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Témoin(s) :  Oui  Non Si oui, compléter (nom, prénom, fonction) :

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

### ARRÊT DE TRAVAIL

Oui  Non Si oui, à quelle heure l'employé(e) a terminé? \_\_\_\_\_

L'employé(e) s'est-il(elle) absenté(e) au-delà de la journée de l'événement?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### ACTIONS PRISES ENVERS L'ACCIDENTÉ(E)

Nature des premiers soins : \_\_\_\_\_

Nom du secouriste : \_\_\_\_\_

Transport vers l'extérieur  Oui  Non Heure : \_\_\_\_\_

Moyen de transport  Ambulance  Taxi Autre : \_\_\_\_\_

Endroit  Hôpital  clinique Autre : \_\_\_\_\_

Un répondant a été avisé  Oui  Non Nom : \_\_\_\_\_

À quelle date et à quelle heure avez-vous déclaré l'événement à votre employeur?

Autres actions? \_\_\_\_\_

Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

# RAPPORT D'ANALYSE D'ACCIDENT

## *BLOC II À compléter par la direction d'école*

### **ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS**

. À quelle date avez-vous pris connaissance de l'accident? \_\_\_\_\_

. L'activité au moment de l'accident était-elle reliée à la tâche? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

. Le milieu physique « l'environnement » était-il :

- bien aménagé  Oui  Non

- accessible  Oui  Non

- bien éclairé  Oui  Non

- dégagé  Oui  Non

- sécuritaire  Oui  Non

. Facteurs ou causes de l'accident ou événement dangereux :

(à partir des éléments d'analyse précédents, préciser les facteurs ou causes déterminants et indirects de l'événement. Indiquer aussi, s'il y a lieu, les raisons d'existence de ces facteurs et qualifier la relation entre l'agent causal et la lésion déclarée).

---

---

---

---

. Mesures de prévention recommandées :

(Indiquer les mesures correctives provisoires et permanentes suggérées).

---

---

---

. Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Signature de la direction : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Formulaire à acheminer au Service des ressources humaines lorsque complété et signé par la direction.*