



ASSOCIATION DE LA
CONSTRUCTION DU QUÉBEC

Mutuelles de prévention ACQ

Déclaration d'accident du travail (F1)

Formulaire

(Important : à remplir par le travailleur immédiatement après l'accident)

IDENTIFICATION

Nom : _____ Titre d'emploi : _____

Entreprise : _____ NAS : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date de l'accident : _____ Heure de l'accident : _____

Type de chantier : Résidentiel Industriel Commercial/institutionnel Génie civil Autre

Adresse du chantier : _____

Décrire comment s'est produit l'événement : (en tenant compte du lieu, du moment de la journée, des activités exercées et des circonstances)

TÉMOIN :

TÉMOIN :

Genre de blessure (ex. : brûlure, coupure, éraflure, corps étranger, torsion, écrasement, etc.) :

Partie du corps blessée ou atteinte : _____

Abandon du travail : Oui Non

Consultation d'un médecin : Oui Non

Je, soussigné(e), certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit.

Signature du travailleur : _____ Date : _____ Heure : _____

Année/mois/jour

Signature de l'employeur : _____ Date : _____ Heure : _____

Année/mois/jour