

### Identification du témoin

Nom : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_

### Identification du travailleur accidenté

Nom : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_

### Description de l'événement

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

**TRÈS IMPORTANT** : Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Heure de l'accident : \_\_\_\_\_

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

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Jour/mois/année

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Chef de service ou son représentant Jour/mois/année