



MUTUELLES
DE PRÉVENTION

Formulaire déclaration d'accident

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

IDENTIFICATION

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 : _____

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

Adresse du chantier : _____

TÉMOIN : _____ **TÉMOIN** : _____

Genre de blessure : _____

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

Partie du corps blessée ou atteinte : _____

Abandon du travail : Non Oui

Consultation d'un médecin : Non Oui

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 : _____ Date : _____ Heure : _____
Chef de service ou de son représentant année/mois/jour