VEUILLEZ INSCRIRE CI-DESSOUS L'INFORMATION QUI MANQUE OU QUI N'EST PAS EXACTE

VEILLEZ BIEN À REMPLIR LES DEUX CÔTÉS DU FORMULAIRE

RAPPORT DE L'EMPLOYEUR

SUR LA LÉSION OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE

CAT
Commission des accidents du travail du Manitoba

À l'extérieur de Winnipeg appeler sans frais le 1 (800) 362-3340

333, rue Broadway
Winnipeg (Manitoba)
R3C 4W3

Téléphone
(204) 954-4922

Télécopieur
(204) 954-4999

2

NO. D'IDENTITÉ PERSONNELLE DE SANTÉ	NO. DE LA FIRME	DATE DE NAISSANCE DU TRAVAILLEUR	SEXE	ÉTAT CIVIL	L'HEURE OÙ A ÉTÉ SUBIE LA LÉSION (ex. 14 h 20)	NO. DE LA DEMANDE DE PRESTATIONS, RESERVÉ À LA CAT
	0050153ED					

GENRE D'ENTREPRISE	POSTE OCCUPÉ PAR LE TRAVAILLEUR	DATE OÙ A ÉTÉ SUBIE LA LÉSION
		JJ | MM | AA

DATE SIGNALÉE À L'EMPLOYEUR	HEURE SIGNALÉE À L'EMPLOYEUR (ex. 14 h 20)	PARTIES BLESSÉES DU CORPS (indiquer la droite ou la gauche)
JJ | MM | AA		

CE NUMÉRO DOIT FIGURER SUR TOUTES COMMUNICATIONS AU SUJET DE LA DEMANDE

NOM DE L'EMPLOYEUR, SON ADRESSE ET SON CODE POSTAL (Indiquer le nom de la succursale s'il y a lieu)

NOM DU TRAVAILLEUR, SON ADRESSE ET SON CODE POSTAL

IMPORTANT : SON NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	NO. DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR	NO. DU DOSSIER DE L'EMPLOYEUR	NO. DE TÉLÉPHONE DU TRAVAILLEUR	DATE DU DÉBUT SE SON EMPLOI AVEC VOUS

À QUI A ÉTÉ SIGNALÉE LA LÉSION ?

NOM TITRE DU POSTE

NOM COMPLET DU (DES) MÉDECIN(S) TRAITANT(S)

DANS QUELLE VILLE OU LOCALITÉ A ÉTÉ SUBIE LA LÉSION ? PROVINCE SUR LES LIEUX DE VOTRE ENTREPRISE? OUI ☐ NON SI NON, OÙ ?

DÉCRIRE SANS RÉSERVE L'INCIDENT, CAUSE DE LA LÉSION (Inclure le plus de détails possible puisqu'une omission dans l'information peut entraîner des délais dans l'acheminement de la demande.) Annexer, s'il y a lieu, des pages supplémentaires. Inclure le nom et l'adresse du travailleur, ceux de l'employeur, ainsi que le numéro de la demande de prestations et celui de la firme.

SIGNALER TOUTES LES LÉSIONS SUBIES

(Indiquer si c'est la droite ou la gauche, s'il y a lieu.)

LE TRAVAILLEUR EXERÇAIT-IL SES FONCTIONS AU MOMENT DE L'ACCIDENT ?	☐ OUI	☐ NON	SI NON. EXPLIQUER	
LE TRAVAILLEUR EST-IL UN ASSOCIÉ, UN ADMINISTRATEUR OU UN AUTRE DIRIGEANT DE L'ENTREPRISE ?	☐ OUI	☐ NON	SI OUI. DÉTAILLER	
À VOTRE AVIS, LE TRAVAILLEUR ÉTAIT-IL COUPABLE D'UNE ACTION FAUTIVE ?	☐ OUI	☐ NON	SI OUI. DÉTAILLER	
POUVEZ-VOUS MODIFIER LES TÂCHES DU TRAVAILLEUR ?	☐ OUI	☐ NON	EXPLIQUER	
INDIQUER LE NOM ET L'ADRESSE DE PERSONNES, TÉMOINS DE L'ACCIDENT (deux, si possible)				
LA FAUTE POUR L'ACCIDENT REPOSE-T-ELLE SUR UNE PERSONNE QUI N'ÉTAIT PAS À VOTRE EMPLOI ?	☐ OUI	☐ NON	SI OUI. INDIQUER LE NOM ET L'ADRESSE	

QUI A ADMINISTRÉ LES PREMIERS SOINS ?

DATE JJ \| MM \| AA

À QUEL HÔPITAL A-T-IL REÇU DES SOINS MÉDICAUX, S'IL Y A LIEU ?

LE TRAVAILLEUR EST-IL APPARENTÉ À L'EMPLOYEUR ET VIVAIT-IL SOUS SON TOIT AU MOMENT DE L'ACCIDENT ? ☐ OUI ☐ NON

LE TRAVAILLEUR SERA-T-IL INVALIDE POUR PLUS DE TEMPS QUE LA JOURNÉE MÊME DE L'ACCIDENT ?

☐ OUI SI OUI, REMPLIR LA SECTION CI-DESSOUS SUR LE SALAIRE ET CONTINUER À REMPLIR LE FORMULAIRE AU VERSO

☐ NON SI NON, CONTINUER À REMPLIR LE FORMULAIRE AU VERSO

NOM DE L'ÉCOLE : _____

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU PROGRAMME : _____

J'atteste que l'information ci-dessus est vraie. J'accepte d'aviser immédiatement la Commission des accidents du travail de Manitoba de tout changement de circonstances modifiant cette demande, y compris tout retour au travail. Je comprends que la loi sur les accidents du travail exige que je dépose un rapport de l'employeur en dedans des cinq jours suivant la notification d'une lésion nécessitant des soins médicaux ou une absence du travail, ou à partir de la date où j'en prends connaissance. Une omission de ma part à cette exigence pourrait m'entraîner des amendes.

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR OU DE SON REPRÉSENTANT OFFICIEL	TITRE	DATE

À ÊTRE UTILISER PAR ÉDUCATION MANITOBA

J'atteste que le travailleur ci-haut mentionné est un étudiant inscrit au programme d'alternance travail-études.

Conseiller pédagogique _____ Date _____

Veuillez faire des photocopies si nécessaire.