

RAPPORT D'INCIDENT DE TRAVAIL

Numéro d'incident (Claim No.)	2
-------------------------------	---

Date	
------	--

Renseignements sur le travailleur (Élève)

Nom		Prénom		
Adresse				Ville
Province	Code Postal	N° téléphone	Date de naissance	N° d'immatriculation de santé provincial
N° d'assurance sociale	Homme	Femme	Autre	Titre du poste

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'entreprise		Nom et Titre de l'employeur		N° Téléphone
Adresse (y compris le bureau)			Ville	Province
			Code postal	N° de la firme 0050153ED

Détails de l'incident

Date de l'incident	Parties du corps affectées
Date de communication à l'employeur	Nom et poste de la personne à qui l'incident a été communiqué
Décrivez l'incident de la façon la plus détaillée possible.	
Ville et province où l'incident a eu lieu	
L'incident s'est-il produit sur la propriété de l'employeur ?	Si non, précisez le nom du propriétaire du lieu, ainsi que l'adresse.
oui non	

Nom et adresse des médecins ou de l'hôpital ayant fait la prestation des soins.

Nom	Adresse	Date de la visite
Nom	Adresse	Date de la visite

*J'atteste que l'information ci-dessus est vraie. J'accepte d'aviser immédiatement la Commission des accidents du travail du 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 d'incident de travail** dans les **cinq jours** qui suivent l'incident nécessitant un traitement médical 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 entraîner des amendes.*

NOM DE L'ÉCOLE	NOM DE L'ENSEIGNANT COORDONNATEUR	SIGNATURE DE L'ENSEIGNANT COORDONNATEUR

RÉSERVÉ POUR ÉDUCATION ET FORMATION MANITOBA

J'atteste que le travailleur mentionné ci-dessus est un élève inscrit au *Programme d'alternance travail-études*.

Conseiller pédagogique

Date