

## 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 MANITOBA

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

\_\_\_\_\_

Conseiller pédagogique

\_\_\_\_\_

Date