

Formulaire de signalement d'accident ou d'incident

Partie A – Doit être remplie par les personnes directement impliquées ou blessées dans l'incident.

<input type="checkbox"/> Assistance médicale	<input type="checkbox"/> Temps perdu	<input type="checkbox"/> Renversement/contamination/diffusion dans l'environnement
<input type="checkbox"/> Accident évité de justesse	<input type="checkbox"/> Biens endommagés	

IDENTIFIER LES PERSONNES IMPLIQUÉES

Prénom :	Nom :	
Date de l'incident (jour/mois/année)/...../.....		Heure de l'incident (heures : minutes) :
Date de l'évaluation médicale : (jour/mois/année)/...../.....		Heure de l'évaluation médicale (heures : minutes) :
<input type="checkbox"/> Infirmière de l'école	<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> Médecin de clinique ou de famille
Les détails exacts de la blessure ou de la maladie et du traitement (p. ex., partie du corps touchée, coupure, foulure, bleu, symptômes de la maladie et date de l'apparition, etc.) :		
Formulaire W.C.B. : (Veuillez cocher) <input type="checkbox"/> A été préparé et transmis <input type="checkbox"/> Non demandé		
Description de l'incident (ajoutez des feuilles supplémentaires si nécessaire) Expliquez exactement la chronologie des événements qui ont provoqué l'incident, le lieu de l'incident, ce que la personne était en train de faire, la taille, le poids et le type d'équipement ou de matériel utilisé, etc.		

TEMOINS (le cas échéant)		
Nom :	Département :	N° de téléphone :
BIENS ENDOMMAGÉS		
Identifiez le bien concerné. Indiquez le nom de la machine, de l'outil, etc. :	Description des dommages ou des pertes :	Valeur estimée de la perte :
Parent/tuteur à informer :	N° de téléphone :	
Rempli par :	Date :	Nom en lettres moulées :
	Transmettre au superviseur immédiatement :	Signature :

Partie B – À remplir par le superviseur dans un délai de 24 heures.

Pourquoi cela est-il arrivé? (conditions et actions qui ont contribué à la blessure ou l'incident)		
Notification du parent/tuteur :		Nom : Date : Heure :
Actions correctives pour éviter que ces évènements se reproduisent :		Mesure à prendre - Personne et date :
Enquête effectuée par :		Titre :
N° de téléphone :	Date :	Signature :