



SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Tél. : 450 438-3131 • Téléc. : 450 438-2551

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ	
Nom : _____	Prénom : _____
Établissement : _____	Statut : régulier <input type="checkbox"/> temporaire <input type="checkbox"/>
Corps d'emploi : _____	
Catégorie d'âge : 18-29 ans <input type="checkbox"/> 30-39 ans <input type="checkbox"/> 40-49 ans <input type="checkbox"/> 50 ans et plus <input type="checkbox"/>	
Sans perte de temps : <input type="checkbox"/>	Si perte de temps : <input type="checkbox"/> compléter les informations suivantes (requis pour le dossier SST): Statut social : _____ Nombre de personnes à charge mineures : _____ Nombre de personnes à charge majeures : _____
DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT	
Date : _____ Heure : _____	
Lieu de l'événement : Salle de classe <input type="checkbox"/> Corridor <input type="checkbox"/> Cour d'école <input type="checkbox"/> Cafétéria <input type="checkbox"/> Stationnement <input type="checkbox"/> Gymnase <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Nature des lésions : Pousser, tirer, lever, pencher, contorsionner <input type="checkbox"/> Coupure, piqûre, brûlure <input type="checkbox"/> Heurter, cogner, contact dangereux <input type="checkbox"/> Glisser, chuter, trébucher <input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs <input type="checkbox"/> Choc électrique, décharge électrique <input type="checkbox"/> Exposé à une substance nocive, produit chimique, fumée, poussière <input type="checkbox"/>	
Partie(s) du corps : Tête <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Côté(s) : Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>	
Description de l'événement : _____ _____ _____ _____ _____ _____	
SIGNATURES	
Témoins : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom du témoin : _____	
Signature du témoin : _____	Date : _____
Signature du supérieur immédiat : _____	Date : _____
Signature de l'employé : _____	Date de la déclaration de l'événement : _____
Pour plus d'information, communiquer avec le secteur de l'assiduité du Service des ressources humaines : 450-438-3131, poste 2152.	