Annexe "C"

RAPPORT D'ACCIDENT/INCIDENT – CÉGEP HERITAGE COLLEGE

Ce formulaire doit être rempli à chaque fois qu'un accident se produit sur les lieux du Cégep ou à l'extérieur pour toutes activités organisées par le Cégep.

À REMPLIR PAR LA PERSONNE CONCERNÉE

I IDENTIFICATION

Nom _____ No. d'employé/d'étudiant _____

Adresse _____ Téléphone _____ poste _____

Titre/Programme d'études _____ Département _____

II RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date de l'accident/incident _____ Heure de l'accident _____

Lieu de l'accident (édifice, étage, terrain) _____

Nature de la blessure/maladie _____

Premiers soins reçus: Oui ☐ Non ☐ Nom de la personne donnant les premiers soins _____

Nature des premiers soins reçus _____

_____

Description de l'évènement (décrire en détail) : _____

_____

_____

Quels sont les raisons (ou motifs) liées à l'activité que vous faisiez au moment de l'accident/ incident?

_____

_____

Nature du dommage (s'il y a lieu) _____

III CAUSES POSSIBLES

Expliquer brièvement les causes possibles de cet accident _____

_____

Est-ce que cet accident aurait pu être évité? Si oui, comment? _____

_____

IV POLICE /AMBULANCE (911)

Police/Ambulance appelée (911)? Oui ☐ Non ☐

Signer ci-dessous si la personne refuse d'être transportée ou d'aller à l'hôpital.

Transporté à quel endroit? _____

Police/Ambulance – numéro de dossier _____

Nom du policier ou de l'auxiliaire médical avec qui vous avez parlé _____

Je _____ refuse d'être transporté à l'hôpital par ambulance.

Je _____ refuse d'aller à l'hôpital.

V TÉMOIN(S)

Nom _____ Téléphone _____

Nom _____ Téléphone _____

Commentaires _____

_____

VI CSST – CERTIFICAT MÉDICAL Seulement dans le cas d'un employé

Nom du médecin traitant _____

Date et heure de la consultation _____

Adresse du médecin traitant _____

Téléphone _____

Avez-vous soumis un certificat médical? Oui ☐ Non ☐

Est-ce qu'un formulaire CSST a été rempli par votre médecin? Oui ☐ Non ☐

Je, soussigné, reconnais que l'information fournie ci-haut est exacte au meilleur de ma connaissance.

Signature _____ **Date** _____

Veuillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli au :
Département des terrains et bâtisses (original) ☐ au Comité de santé et sécurité (copie) ☐
Département des Ressources humaines (copie) ☐

ET

Une copie doit aussi être envoyée aux Services aux étudiants ☐ **seulement** si la personne concernée est un(e) étudiant(e)
Une copie aussi être envoyée à l'agent en Bio-sécurité (BSO) ☐ **seulement** si l'accident/l'incident est relié à la bio-sécurité

Pour les étudiants(es) en stage à l'international: ☐ Faire parvenir ce formulaire par télécopieur au (819)778-7364 ou ☐ l'envoyer par courriel à l'adresse suivante: hr@cegep-heritage.qc.ca à l'attention du service des ressources humaines.
(Veuillez ajouter le code 001 avant votre numéro lorsque vous téléphonez ou télécopiez un document de l'extérieur du Canada)

S.V.P. cocher les boîtes appropriées avant de photocopier