

RAPPORT D'ACCIDENT SURVENU AU TRAVAIL ET DE MALADIE PROFESSIONNELLE

| | | | |
|---|---|---|--|
| Nom du membre du personnel : | | | |
| Numéro de matricule de l'employé(e) : | | | |
| Lieu de travail : | | | |
| Poste occupé : | | | |
| Heures normales de travail | de : | à : | |
| Date et heure de l'accident ou de l'apparition des symptômes : | Date : | Heure : | |
| Date et heure à laquelle la personne responsable a été avisée de l'accident ou de l'apparition des symptômes : | Date : | Heure : | |
| Détails de l'accident : | | | |
| Le membre du personnel a-t-il été absent après le jour de l'accident? | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, date(s) et heure de l'interruption de travail : | | Date(s) : | |
| Comment l'accident s'est-il produit? Quelles sont les circonstances? | | | |
| Que faisait le membre du personnel au moment de l'accident? | | | |
| À quel endroit l'accident est-il survenu? (Ex. corridor, salle de classe...) | | | |
| Veuillez décrire la blessure , ainsi que la ou les parties du corps affectées et préciser s'il s'agit du côté droit ou du côté gauche : | | | |
| A-t-on donné les premiers soins? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Si oui, par qui? | |
| Est-ce que le membre du personnel est allé à l'hôpital ou a reçu des soins médicaux? | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, quand? | | | |
| Nom de l'hôpital / de la clinique : | | | |
| Nom du médecin traitant : # de téléphone, si possible : | | | |
| Nom du ou des témoins de l'accident: | | | |

En apposant ma signature ci-dessous, je réclame des prestations en vertu de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, pour une lésion ou maladie reliée au travail le cas échéant. De plus, j'autorise mon professionnel de la santé à remettre à l'employeur et à la CSPAAT le formulaire «*Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au travail rapide*» sur lequel il aura fourni les renseignements sur mes capacités fonctionnelles.

Je consens à ce que le Conseil Scolaire Catholique Mon Avenir transmette les informations fournies dans ce rapport, ainsi que mes informations personnelles nécessaires à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail dans les cas requis par la loi. Je comprends que ces informations sont transmises afin d'assurer une bonne gestion du dossier de mon accident de travail par la CSPAAT.

Note : Conformément à la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, les renseignements personnels fournis sur le présent formulaire serviront uniquement aux fins de documentation et à répondre aux exigences de la loi sur les accidents du travail de l'Ontario.

Signature de l'employé(e), telle que requise par la CSPAAT

Date :

IL EST ESSENTIEL DE :

1. FAIRE PARVENIR LE PRÉSENT FORMULAIRE **DÛMENT REMPLI ET SIGNÉ**, AU PLUS TARD DANS LES **DEUX (2) JOURS SUIVANT L'ACCIDENT**
2. ASSURER DE **RECEVOIR LE PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES**. AU CAS OU VOUS SENTEZ LE BESOIN D'AVOIR DES SOINS MÉDICAUX DE VOTRE MÉDECIN :
 - ✓ SOUMETTEZ UNE **COPIE DU FORMULAIRE 8** DU MÉDECIN AU CONSEILLER EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL
 - ✓ N'OUBLIEZ PAS DE COMMUNIQUER LES CHANGEMENTS DE L'ÉVOLUTION DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ À LA DIRECTION D'ÉCOLE OU SUPERVISEUR IMMÉDIAT AU BESOIN.
3. **TÉLÉCOPIER IMMÉDIATEMENT LA DÉCLARATION ET AUTRE DOCUMENTS MÉDICAUX (EX. FORMULAIRE 8) À L'ATTENTION DU :**

Conseiller en santé et sécurité au travail par courriel à aocotoya@cscmonavenir.ca, et au service des ressources humaines télécopieur : **(416) 397-6651**

Signature du direction d'école/de la superviseur(e) immédiat(e)

Date :