



12 780 Boulevard Industriel, Pointe-Aux-Trembles QC H1A 3V2 • TÉL. : 514-385-1171 • TÉLÉC. : 514-385-1173

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT

IDENTIFICATION

Nom : _____ Titre d'emploi : _____

Employeur : _____ N.A.S. : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date de l'accident ou du début des symptômes : _____ Heure : _____

Description de l'événement : _____

Déclaration à l'employeur : Oui Non Si oui, date de la déclaration : _____

À qui la déclaration a été faite : _____

SIGNATURE

Et j'ai signé à _____, le _____.

Nom du travailleur