Logo INLB

# Formulaire à compléter par tout employé ayant un incident/accident durant les heures de travail

No séquentiel :

Nom(s) et prénom(s) à la naissance       No assurance-sociale

Titre d’emploi       Département

L’incident/accident est survenu le       vers       heures

Activité au moment de l’incident/accident

Détails de l’incident/accident

Nature de la blessure

Premiers soins reçus

Autres commentaires

Je, soussigné, confirme que j’ai été victime de l’incident/accident ci-haut mentionné et que les faits inscrits sont exacts

Signature du travailleur       Date

Signature du représentant de l’employeur       Date