SYNDICAT DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DES POSTES
Section locale de Montréal

RÉSUMÉ D'ENQUÊTE D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Nom du travailleur ou de la travailleuse accidenté(e) : _____

NO IDENTIFICATION : _____ GROUPE : _____

Âge de l'accidenté(e) : _____ Sexe : _____ Ancienneté : _____

Nom du superviseur en lettres moulées : _____

L'accident s'est produit le : _____ A été rapporté le : _____

Où s'est produit l'accident ? _____

Cet accident a-t-il nécessité des premiers soins ? Oui ☐ Non ☐

Décrivez l'accident, comment est-il arrivé ? _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nom du témoin, s'il y a lieu : _____

Genre d'accident : _____

Source de l'accident : _____

Genre de blessure : _____

Partie du corps touché : _____

Est-ce la première fois qu'un accident survient à cet endroit ? Oui ☐ Non ☐

Si non, y a-t-il déjà eu une plainte de santé & sécurité ? Oui ☐ Non ☐

Est-ce la première fois que l'accidenté(e) a ce genre de blessure ? Oui ☐ Non ☐

Recommandations pour empêcher que l'accident se répète : _____

_____

_____

Enquête sur cet accident effectuée par (signature) : _____

Date de cette enquête : _____/_____/_____

N.B. : Faire parvenir ce document à la Section locale de Montréal, avec les autres documents, le plus rapidement possible.