Mutuelles de Prévention ACQ
Formulaire – Déclaration d'accident du travail (F1)

(Important : à compléter par le travailleur immédiatement après l'accident)

IDENTIFICATION

Nom : _____ Titre d'emploi : _____

Entreprise : _____ N.A.S. : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date de l'accident : _____ Heure de l'accident : _____

Type de chantier : Résidentiel ❑ Industriel ❑ Commercial/institutionnel ❑ Génie civil ❑ Autre ❑

Adresse du chantier : _____

Décrire comment s'est produit l'événement : (en tenant compte du lieu, du moment de la journée, des activités exercées et des circonstances)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TÉMOIN : _____ **TÉMOIN:** _____

Genre de blessure (ex. : brûlure, coupure, éraflure, corps étranger, torsion, écrasement, etc.) :

_____

Partie du corps blessée ou atteinte : _____

Abandon du travail : Oui ❑ Non ❑

Consultation d'un médecin : Oui ❑ Non ❑

Je, soussigné(e), certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit.

Signature du travailleur : _____ Date : _____ (Année/mois/jour) Heure : _____

Signature de l'employeur : _____ Date : _____ (Année/mois/jour) Heure : _____