



RAPPORT DE PREMIERS SOINS ET DE PREMIERS SECOURS

à être complété par le secouriste en lettres moulées

Nom et prénom du travailleur* : _____ N.A.S. : _____
Adresse : _____ Date de naissance : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Métier : _____ Expérience : _____
Activité lors de l'évènement : _____ Expérience : _____
Nom de l'employeur : _____
Nom du maître d'œuvre : _____
Adresse du chantier où a été déclaré l'accident : _____

Travailleur(s) référé(s) à : Premiers soins Clinique ou hôpital
Précisez (nom et adresse) : _____
Date de l'évènement : _____ Heure : _____
Parties du corps (verso) * : _____
Nature de la lésion (verso) * : _____
Expliquez (si autres) : _____
Nature des premiers secours dispensés* : _____

Signature du travailleur : _____
Nom et prénom du secouriste* : _____
Signature : _____ Date : _____ Heure : _____

TÉMOIN(S) Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Nature des premiers soins dispensés* : _____
Nom et prénom de l'infirmier(ère) : _____
Signature : _____ Date : _____ Heure : _____

* Information à inscrire au registre par le maître d'œuvre
(Le maître d'œuvre doit envoyer une copie du présent rapport à l'employeur)