**Rapport d’accident**

Le présent rapport d’accident doit être rempli lorsqu’un événement qui aurait pu entrainer des dommages ou des blessures critiques ou graves est survenu. Le salarié doit remplir la partie 1 et faire parvenir une copie du document à son supérieur immédiat le plus rapidement possible, ou au plus tard 24 heures après l’accident. Le supérieur immédiat doit remplir la partie 2 et faire parvenir le document au département des ressources humaines dans les plus brefs délais.

**Partie 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du salarié** | |
| Prénom : | Nom : |
| Numéro de matricule : | Position : |
| Date de l’accident : | Heure de l’accident : |
| Lieu de l’accident : | |
| **Description de l’accident** | |
| Description et déroulement : | |
| Description des potentielles blessures ou conséquences : | |
| Possibles causes de l’accident : | |
| Personnes impliquées ou témoins : | |
| Photos : | |

**Signature du salarié :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Partie 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du supérieur immédiat** | |
| Prénom : | Nom : |
| **Mesures de prévention** | |
| Causes de l’accident : | |
| Mesures correctives à apporter : | |
| Renseignements additionnels : | |

**Signature du supérieur direct :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[](https://r.agendrix.com/ressources-cta-fr-fr)