

**BLOC I IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR (À compléter par l'employé)**

**Membre du personnel** NOM / PRÉNOM \_\_\_\_\_ MATRICULE \_\_\_\_\_  
EMPLOI OCCUPÉ: \_\_\_\_\_ ÉTABLISSEMENT/SERVICE: \_\_\_\_\_

**Bénévole** NOM / PRÉNOM \_\_\_\_\_ DATE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 **Stagiaire** ADRESSE \_\_\_\_\_

VEUILLEZ COCHER SELON VÔTRE CONDITION SUITE À L'ACCIDENT DE TRAVAIL OU LA SITUATION DANGEREUSE  
**AVEC PERTE DE TEMPS** **SANS PERTE DE TEMPS**

**DÉCLARATION**

DATE (aaaa/mm/jj): \_\_\_\_\_ Jour : L M M J V \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu précis de l'événement : \_\_\_\_\_ Établissement : \_\_\_\_\_  
Horaire de travail complété : **OUI** **NON** Sinon, heure de l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_

Date du début de l'incapacité de travailler (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : **OUI** **NON**

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Quand cette personne a-t-elle été avisée ? \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

**DESCRIPTION - VERSION DU TRAVAILLEUR**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Témoins lors de l'événement : **OUI** **NON**

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Nature des premiers soins :

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

**BLOC II DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES**  
(À compléter par le supérieur immédiat)

Avez-vous visité le lieu de l'événement : **OUI** **NON** Si oui, quand ? / /

Avez-vous rencontré l'employé : **OUI** **NON** Si oui, quand ? / /

Commentaires (équipements de protection individuelle portés, version des témoins, méthodes de travail inappropriées, etc.): \_\_\_\_\_

Description des mesures correctives effectuées : \_\_\_\_\_

Nom du supérieur : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj): \_\_\_\_\_

## **INSTRUCTIONS**

### **CADRE ADMINISTRATIF**

Le présent formulaire est utilisé uniquement pour déclarer un accident du travail avec ou sans perte de temps et ce, incluant la maladie professionnelle ou toute situation dangereuse.

#### **Bloc I – à compléter par le travailleur :**

Le travailleur (membre du personnel, bénévole ou stagiaire) victime d'un accident du travail complète le bloc I du présent formulaire et signe ce dernier.

#### **Bloc II – à compléter par le supérieur immédiat.**

### **Procédures à suivre**

#### **1. Déclaration de l'accident du travail**

- a) Dès qu'un travailleur subit un accident du travail, il doit le signaler sans délai à son supérieur immédiat, ou à défaut à un représentant de l'employeur et ce, avant de quitter les lieux de l'établissement.
- b) Le travailleur, victime d'un accident du travail ou maladie professionnelle, complète le bloc I du présent formulaire et signe ce dernier. Il collabore à la cueillette des informations et à l'analyse dudit accident et ce, en tout temps.
- c) Le bloc II du formulaire doit être complété par le supérieur immédiat. Une fois complété, le formulaire doit être acheminé sans délai aux Services des ressources humaines, secteur de la gestion de la présence au travail et de la qualité de vie.
- d) Qu'il s'agisse d'un accident de travail avec ou sans perte de temps, l'employé remplira le formulaire « *Réclamation du travailleur* » **si une consultation médicale a été faite** afin de produire toute réclamation à la CNESST.

#### **2. Assistance médicale**

S'il y a blessure nécessitant que le travailleur s'absente de son travail pour une consultation médicale, il doit en aviser au préalable son supérieur immédiat ou son représentant.

#### **3. Enquête et analyse de l'accident du travail**

Le travailleur victime d'un accident du travail doit fournir les renseignements nécessaires au supérieur et aux gestionnaires afin de réaliser l'enquête et l'analyse de l'accident. Celles-ci visent principalement à identifier les causes de cet événement et d'en prévenir la répétition.

#### **4. Mesures correctives et préventives**

L'identification des mesures correctives et/ou préventives par le supérieur immédiat vise à maintenir un environnement de travail sécuritaire et à s'assurer que les actions à entreprendre sont faites afin d'éviter la répétition d'un tel événement.

#### **5. Attestation médicale et formulaires de la CNESST**

- a) Dans le cas d'un accident du travail, le travailleur est responsable de remettre à l'agente rattachée à son école/établissement une copie de son attestation médicale émise par son médecin traitant. Le formulaire de déclaration d'accident du travail dûment complété ainsi que l'attestation médicale sont essentiels afin que le Centre de services scolaire puisse autoriser, s'il y a lieu, le versement des indemnités prévues à cet effet.
- b) Le travailleur victime d'un accident du travail doit collaborer aux évaluations médicales ou expertises exigées par l'employeur lorsque celui-ci en fait la demande.

### **CADRE LÉGAL**

#### **Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles**

##### **Définition (article 2)**

- a) L'accident du travail est un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle.
- b) La maladie professionnelle est une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

##### **Attestation médicale (article 267)**

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle qui le rend incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée de laquelle s'est manifestée sa lésion doit remettre à son employeur l'attestation médicale prévue à l'article 199.

##### **Assignation temporaire (article 179)**

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi (ou convenable), même si la lésion n'est pas consolidée si le médecin qui a charge du travailleur croit que : le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail et que ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion et que ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

##### **Accident du travail sans perte de temps**

Il s'agit d'un accident du travail qui n'entraîne pas d'absence du travail au-delà de la journée de l'événement. **Accident du travail avec perte de temps**

Il s'agit d'un accident du travail qui entraîne un arrêt de travail prescrit par un médecin sur une attestation médicale CNESST, et ce, au-delà du jour de l'accident.