Cégep de l'Outaouais

DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL ÉTUDIANT (E) STAGIAIRE

No : _____

(À compléter par la personne qui a été victime de l'événement accidentel immédiatement après si la lésion le permet)

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI A ÉTÉ VICTIME DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Nom :

Prénom :

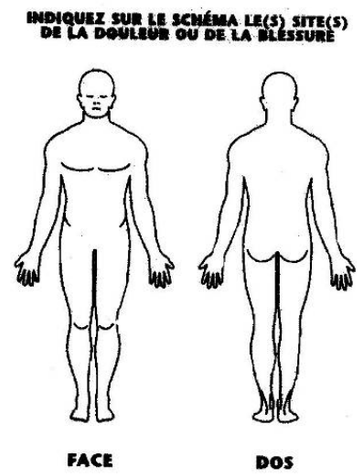
Numéro de téléphone:

Premiers soins reçus, s'il y a lieu :

Nom de la personne qui a donné les premiers soins :

Témoins oculaires :
(s'il y a lieu)

☐ Consultation médicale ☐ Sans consultation médicale



Genre de blessure et parties du corps atteintes (ex : Brûlure, coupure, éraflure, corps étranger, torsion, écrasement, etc.) :

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date de l'événement : _____ Heure de l'événement : _____
Année/mois/jour am/pm

Faire une description détaillée de l'événement en prenant soin de bien spécifier les points suivants : description des lieux, du moment de la journée, des activités exercées, des circonstances, de la façon dont la blessure est survenue :

SIGNATURES

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

Signature de la personne victime de l'événement : Date :

_____ _____

Déclaration reçue par : Date :

_____ _____

Signature de l'enseignant superviseur: Date :

_____ _____

Signature à la DRH : Date :

_____ _____