

FEUILLE D'ACCIDENT DE TRAVAIL

à compléter et à envoyer rapidement au service des Ressources Humaines

RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

N° d'immatriculation :

Nom et Prénom :

Adresse :

Commune et code postal :

Date de naissance :

Email :

Date d'embauche :

Intitulé de poste :

Qualification professionnelle :
(Employé, cadre...)

Ancienneté dans le poste :

Nature du contrat :

INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT

Date et heure de l'accident :

Horaires de travail de la victime le jour de l'accident :

Adresse et lieu de l'accident :

Faits et circonstances de l'accident :

Objet dont le contact a blessé la victime :

Siège des lésions :
(Maux, traumatismes, blessures...)

Nature des lésions :
(Cause des lésions)

FEUILLE D'ACCIDENT DE TRAVAIL

à compléter et à envoyer rapidement au service des Ressources Humaines

INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT (suite)

Transport à l'hôpital
(si oui merci de préciser dans quel hôpital)

☐ oui ☐ non

Accident constaté par :

Date et heure de la constatation :

Conséquence ☐ avec arrêt de travail

☐ sans arrêt de travail

RAPPORT DE POLICE

Un rapport de police a-t-il été établi ?
(si oui merci de préciser par qui)

☐ oui ☐ non

RENSEIGNEMENT SUR LES TÉMOINS

☐ J'atteste que l'accident a eu lieu en l'absence de témoin ou de personne avisée, ou ne pas les connaître

Premier témoin

Nom et Prénom :

Adresse :

Commune et code postal :

Second témoin

(si nécessaire)

Nom et Prénom :

Adresse :

Commune et code postal :

Fait le

à

Signature du salarié