

Contrat	Service	Type	Séquence	Révision
	SS			
Classement H-Q:				

**ANNEXE 12**  
**FORMULAIRE D'ANALYSE D'ACCIDENT OU D'INCIDENT**

<b>DOSSIER</b>				
<input type="checkbox"/> Perte de temps	<input type="checkbox"/> Assistance médicale	<input type="checkbox"/> Premiers soins	<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> Dommages matériels
<b>ACCIDENTÉ</b>				
Nom, prénom :				
Date de naissance :		N.A.S.:		
Occupation :				
Ancienneté dans l'occupation :		Ancienneté chez l'employeur contractant :		
Témoign(s) :				
<b>EMPLOYEUR CONTRACTANT</b>				
Nom :		Tél. :		
Adresse :				
<b>ACCIDENT</b>				
Date :		heure :	lieu :	
Tâche de l'accidenté au moment de l'accident :				
Tâche normale de l'accidenté :				
Récit des faits :				
Arrêt des travaux <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		dommages matériels : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nature des dommages :			Coûts :	
<b>BLESSURE(S)</b>				
Description :				
<b>ANALYSE (Facteurs contributifs au versos)</b>				
Causes :				
<b>PRÉVENTION</b>				
Mesures correctives permanentes :				
Responsable de la mise en application :				
Date d'échéance :		Date complétée :		
Travailleur (lettres moulées)		Signature		Date
Conseiller Sécurité SEBJ		Signature		Date
Délégué chantier/représentant association représentative		Signature		Date
Responsable sécurité employeur contractant (lettres moulées)		Signature		Date

Contrat	Service	Type	Séquence	Révision
	SS			
Classement H-Q:				

<b>ANALYSE</b>	
<b>Facteurs contributifs</b>	
<b>Humain (formation, information, etc.):</b>	
<b>Environnement (température, aire de travail, sol, etc.):</b>	
<b>Matériel, équipement et outil:</b>	
<b>Organisationnel (supervision, coordination, etc.):</b>	



Contrat	Service	Type	Séquence	Révision
	SS			
Classement H-Q:				