

Date A M J	Mois concerné	No de projet
No d'appel de soumissions	Entrepreneur ou fournisseur	
Endroit	Chantier	

Date de l'accident A M J	Nom du blessé ou de la personne en cause
Nature de la blessure	
<input type="checkbox"/> Premiers soins <input type="checkbox"/> Assistance médicale <input type="checkbox"/> Perte de temps (absence de travail d'une journée ou plus)	
Estimation des dommages matériels	

Représentant autorisé de l'entrepreneur ou fournisseur	A M J
<i>Signature</i>	
Représentant autorisé d'Hydro-Québec	A M J
<i>Signature</i>	