

**SYNDICAT DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DES POSTES**  
**Section locale de Montréal**

**RÉSUMÉ D'ENQUÊTE D'ACCIDENT DU TRAVAIL**

Nom du travailleur ou de la travailleuse accidenté(e) : \_\_\_\_\_

NO IDENTIFICATION : \_\_\_\_\_ GROUPE : \_\_\_\_\_

Âge de l'accidenté(e) : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Ancienneté : \_\_\_\_\_

L'accident s'est produit le : \_\_\_\_\_ A été rapporté le : \_\_\_\_\_

Où s'est produit l'accident ? \_\_\_\_\_

Cet accident a-t-il nécessité des premiers soins ? Oui  Non

Décrivez l'accident, comment est-il arrivé ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du témoin, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

Genre d'accident : \_\_\_\_\_

Source de l'accident : \_\_\_\_\_

Genre de blessure : \_\_\_\_\_

Partie du corps touché : \_\_\_\_\_

Est-ce la première fois qu'un accident survient à cet endroit ? Oui  Non

Si non, y a-t-il déjà eu une plainte de santé & sécurité ? Oui  Non

Est-ce la première fois que l'accidenté(e) a ce genre de blessure ? Oui  Non

Recommandations pour empêcher que l'accident se répète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enquête sur cet accident effectuée par : \_\_\_\_\_ Syndicat

Et : \_\_\_\_\_ Gestion

Date de cette enquête : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**N.B. : Faire parvenir ce document à la Section locale de Montréal, avec les autres documents, le plus rapidement possible.**