

Déclaration d'accident

Nom et prénom de l'assuré(e)			
Type d'accident			
Date et heure de l'accident	Date:	Heure :	
Lieu de l'accident			
Description de l'accident			
Dernier jour de travail avant l'accident (date et heure)	Date:	Heure :	
Partie du corps blessée (gauche/droite)			
Nature de la blessure			
Nom, prénom, adresse complète du médecin			
Suite du traitement chez			
Incapacité de travail depuis le	pas d'absence		
Reprise du travail le			
Avez-vous besoin d'une feuille de pharmacie	Oui	Non	

Pour des raisons d'analyse, le formulaire de déclaration d'accident est également transmis au service Santé et Sécurité au Travail (OHS) s'il s'agit d'un accident professionnel