DÉCLARATION D'ACCIDENT OU D'INCIDENT

CORPORATION DU FORT ST-JEAN
SERVIR... NOTRE FORCE

ACCIDENTÉ, DÉCLARANT

Nom:	Prénom:
Titre d'emploi:	Témoin:
Nom du responsable:	Secouriste :

DESCRIPTION DES LIEUX

Cartier	Champlain	Maisonneuve	Massey	Montcalm	Galissonnière	De Léry	Dextraze	Saint-Maurice
Vanier	La Haie	Vieux-Mess	C-16	C-20	C-102	Musée	Guérite	PMQ

Autre (préciser) : Extérieur du site (préciser) :

Précision de l'emplacement dans le bâtiment :

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT / INCIDENT

Date: Heure : Identifier l'équipement utilisé:

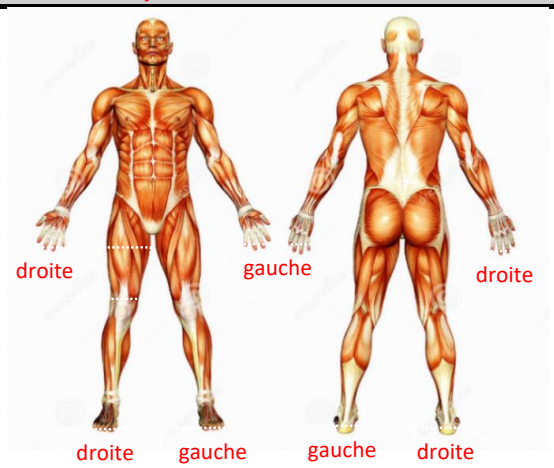
Tâche du déclarant au moment de l'événement:

Récit des faits:

Transport d'urgence : Ambulance ☐ Proche ☐ Autre ☐ Aucun ☐

Nature des blessures (la plus sévère)	
Abrasion:	Évanouissement:
Brûlure:	Fracture:
Contusion:	Hématome:
Coupure:	Intoxication:
Corps étranger:	Irritation:
Dermatite:	Œdème:
Douleur:	Faiblesse:
Éblouissement:	Piqûre:
Écrasement:	Écharde:
Entorse:	Malaise:
Éraflure:	Glissade:
Chute:	Autre:
Coup de chaleur:	

Indiquer l'endroit des blessures



Cause(s) de la blessure	
Brûlé par:	Éclaboussure:
Choc électrique:	Éclair de soudure:
Chute d'objet:	Effort physique:
Chute même niveau:	Explosion:
Chute niveau différent:	Feu:
Coincé:	Frappé contre:
Autre:	Frappé par:
Contact avec radiation:	Friction:
Contact avec substance dangereuse:	Glissade:
	Inhalation:

Premiers soins
Donnés par:
Nature des premiers secours :

DÉCLARANT	
Signature du déclarant:	Date:

SUPERVISEUR	
Horaire de travail complété : oui ☐ non ☐ Si non, heure départ:	
Arrêt de travail: oui ☐ non ☐ Si oui, transmettre document "Assigation temporaire" remis le :	
Recommandations du superviseur:	
Signature du superviseur:	Date:
Signature du secouriste:	Date:

Date de révision : 2024-02-06