SYNDICAT DES CENTRES DES TRAVAILLEUSES(EURS)
DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DE MONTRÉAL
ET LAVAL-CSN

AVIS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Cochez :
☐ Accident
☐ Incident
☐ Conditions dangereuses

Nom de la victime :……
Adresse :……
Code postal :……Téléphone :……..
CPE :…….

Date de l'accident :……
Lieu de l'accident :…….
Circonstance de l'accident (version de la victime)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Signature de la victime	Date	Signature du représentant	Date

Nom de l'employeur (ou de son représentant à qui a été remis l'avis)	Date	Signature de l'employeur ou de son représentant	Date

*** ACCIDENT** signifie blessure, maladie, récidive, rechute, aggravation