

RELATIVE À UN ACCIDENT DU TRAVAIL GRAVE
(Arrêté du 15 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 8 août 1986 - Code du Travail : art. L 236.7 alinéa 5)

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire

L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse de l'établissement : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____ Effectif du personnel occupé : _____

LA VICTIME

Nom (suivi du nom d'épouse, s'il y a lieu), Prénom : _____

Nationalité : française ☐ C.E.E. ☐ autre ☐ Date de naissance : _____ Sexe : F ☐ M ☐

Ancienneté dans le poste : _____ Ancienneté dans la profession (si possible) : _____ Date d'embauche : _____

Poste occupé : _____

*Si la VICTIME est un salarié
mis à disposition par une
entreprise extérieure ou un
salarié d'une entreprise de
travail temporaire*

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____

L'ACCIDENT

Date : _____ Lieu de l'accident : _____

Heure : _____

Circonstances détaillées de l'accident : _____

Nature, siège et conséquences des blessures produites par l'accident : _____

L'ENQUÊTE DU COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Analyse des causes de l'accident : _____

Mesures préconisées en vue d'en éviter le retour (et notamment actions de formation appropriées) : _____

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête : _____

Date de l'enquête : _____

Signature du président,
le chef d'établissement ou son représentant

Signature du représentant du personnel
au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

RELATIVE À UN ACCIDENT DU TRAVAIL GRAVE
(Arrêté du 15 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 8 août 1986 - Code du Travail : art. L 236.7 alinéa 5)

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire

L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse de l'établissement : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____ Effectif du personnel occupé : _____

LA VICTIME

Nom (suivi du nom d'épouse, s'il y a lieu), Prénom : _____

Nationalité : française ☐ C.E.E. ☐ autre ☐ Date de naissance : _____ Sexe : F ☐ M ☐

Ancienneté dans le poste : _____ Ancienneté dans la profession (si possible) : _____ Date d'embauche : _____

Poste occupé : _____

*Si la VICTIME est un salarié
mis à disposition par une
entreprise extérieure ou un
salarié d'une entreprise de
travail temporaire*

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____

L'ACCIDENT

Date : _____ Lieu de l'accident : _____

Heure : _____

Circonstances détaillées de l'accident : _____

Nature, siège et conséquences des blessures produites par l'accident : _____

L'ENQUÊTE DU COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Analyse des causes de l'accident : _____

Mesures préconisées en vue d'en éviter le retour (et notamment actions de formation appropriées) : _____

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête : _____

Date de l'enquête : _____

Signature du président,
le chef d'établissement ou son représentant

Signature du représentant du personnel
au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

RELATIVE À UN ACCIDENT DU TRAVAIL GRAVE
(Arrêté du 15 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 8 août 1986 - Code du Travail : art. L 236.7 alinéa 5)

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire

L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse de l'établissement : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____ Effectif du personnel occupé : _____

LA VICTIME

Nom (suivi du nom d'épouse, s'il y a lieu), Prénom : _____

Nationalité : française ☐ C.E.E. ☐ autre ☐ Date de naissance : _____ Sexe : F ☐ M ☐

Ancienneté dans le poste : _____ Ancienneté dans la profession (si possible) : _____ Date d'embauche : _____

Poste occupé : _____

*Si la VICTIME est un salarié
mis à disposition par une
entreprise extérieure ou un
salarié d'une entreprise de
travail temporaire*

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____

L'ACCIDENT

Date : _____ Lieu de l'accident : _____

Heure : _____

Circonstances détaillées de l'accident : _____

Nature, siège et conséquences des blessures produites par l'accident : _____

L'ENQUÊTE DU COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Analyse des causes de l'accident : _____

Mesures préconisées en vue d'en éviter le retour (et notamment actions de formation appropriées) : _____

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête : _____

Date de l'enquête : _____

Signature du président,
le chef d'établissement ou son représentant

Signature du représentant du personnel
au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail