



Rapport d'accident de travail



Nom du projet: 0
Nom de l'entrepreneur général:
L'accidenté est l'employé de:

Nom du travailleur:	
Date de l'accident:	
Nom des témoins s'il a lieu:	

A-t 'il d'autres travailleurs accidentés

mmmmmmmmmmmm

Type de blessure ou de malaise:

Descriptions supplémentaires

Soins effectués:

Nom du soigneur:

Blessure considérée

La blessure a-t'

Si qui laquels:

S. San Jaqua

100

.....

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

Le travailleur portait-il tout son équipement de sécurité si non lesquels étaient manquants:

VVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVVV

Ce document a été rempli par:

Michel Gauthier

Votre titre:

hhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhh