



REGISTRE COMBINÉ DES PREMIERS SECOURS ET DES ACCIDENTS COMPENSABLES OU NON

Établissement: _____

Période: _____

Accident			Travailleur blessé		Premiers secours		Blessure				Jours perdus		
Date	Heure	Lieu de l'accident	Nom du travailleur blessé & Signature	Occupation, métier ou profession	Description	Signature du secouriste	Siège de lésion	Genre d'accident	Agent causal	Nature de la lésion	Date de retrait du travail	Date de retour au travail	Date de l'assignation temporaire
												
Description													
												
Description													
												
Description													
												
Description													
												
Description													

* Signature obligatoire pour les NON compensables seulement