Signalement des Accidents du Travail (AT), des Maladies Professionnelles (MP) et demande d'information, formation et/ou accompagnement à leur analyse

ENTREPRISE

Date de signalement : **Nom et fonction du déclarant :**

N° Adhérent : **Raison sociale :**

Adresse :

Téléphone : **Fax :**

SALARIE VICTIME DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : **Sexe :** ☐ Homme ☐ Femme

Poste de travail :

Type de contrat : ☐ CDI ☐ CDD ☐ Intérimaire ☐ Saisonnier ☐ Apprenti ☐ Stagiaire

L'ACCIDENT DU TRAVAIL / LA MALADIE PROFESSIONNELLE

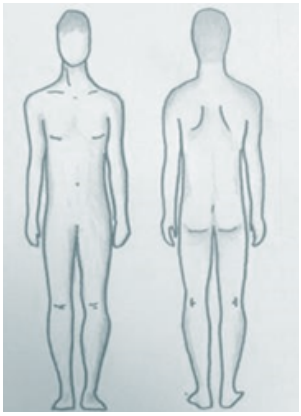
Date de l'AT / MP : **L'AT/MP a-t-il fait l'objet d'un arrêt de travail ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nombre de jours d'arrêt de travail ?

Décrire brièvement les circonstances de l'AT/MP :
(exemples : chute d'un escabeau, manutention...)

Décrire brièvement la/les atteinte(s) :
(exemples : coupure, brûlure, mal de dos...)

Indiquer la/les parties du corps atteinte(s) :
(entourer ou cliquer)



VOS BESOINS

Avez-vous effectué une analyse des causes de l'AT/MP ? ☐ OUI ☐ NON

Si NON, pourquoi ?

Souhaitez-vous, pour l'analyse des causes de l'AT/MP :

- ☐ UNE INFORMATION
- ☐ UNE FORMATION A LA METHODOLOGIE D'ANALYSE
- ☐ UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

En cas de souhait exprimé, un Intervenant en Santé Travail du CMSM vous contactera dans les meilleurs délais.

- ☐ AUCUN BESOIN