

ENTREPRISE

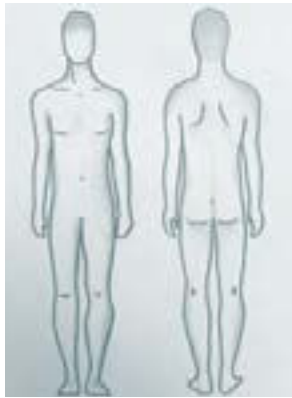
Date de signalement AT : Nom et fonction du déclarant :
 N° Adhérent : Raison sociale :
 Adresse :
 Téléphone :

TRAVAILLEUR CONCERNE PAR L'ACCIDENT DU TRAVAIL

NOM : Prénom :
 Date de naissance : Code PCS ESE* :
 Poste de travail :
 Type de contrat : CDI CDD Intérimaire Saisonnier Apprenti Stagiaire

*La nomenclature PCS-ESE sert aux entreprises du secteur privé à codifier la profession de leurs salariés dans les formulaires administratifs. Pour connaître cette nomenclature, veuillez suivre le lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcsese2017/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1?champRecherche=true>

L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Date et heure de l'AT	Lieu de l'AT <small>(Lieu de travail habituel, de repas, de trajet...)</small>	Circonstances de l'AT <small>(Chute d'un escabeau, manutention...)</small>	Partie(s) du corps atteinte(s)	Décrire brièvement l'atteinte <small>(coupure, brûlure, mal de dos...)</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

VOS BESOINS

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

Si NON, pourquoi ?

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

UNE INFORMATION

UN ACCOMPAGNEMENT

UNE FORMATION A LA METHODOLOGIE

AUCUN

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

L'AT a-t-il fait l'objet d'un arrêt de travail ? OUI NON

Si OUI, Date de début d'arrêt : Date de fin d'arrêt :

Souhaitez-vous un rendez-vous de reprise après AT (si arrêt de plus de 30 jours) : OUI NON

Date de reprise du travail :