

ENTREPRISE

Date de signalement AT :

Nom et fonction du déclarant :

N° Adhérent :

Raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

TRAVAILLEUR CONCERNÉ PAR L'ACCIDENT DU TRAVAIL

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

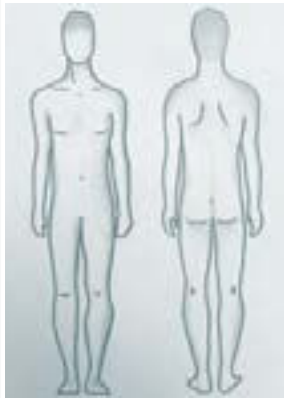
Code PCS ESE* :

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/categorieSocioprofessionnelleAgregée/1?champRecherche=true>

L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Date et heure de l'AT	Lieu de l'AT (Lieu de travail habituel, de repas, de trajet...)	Circonstances de l'AT (Chute d'un escabeau, manutention...)	Partie(s) du corps atteinte(s)	Décrire brièvement l'atteinte (coupure, brûlure, mal de dos...)
				

VOS BESOINS

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

Si NON, pourquoi ?

Souhaitez-vous, être accompagné dans l'analyse des causes de l'AT :

☐ OUI

☐ NON

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 :