

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

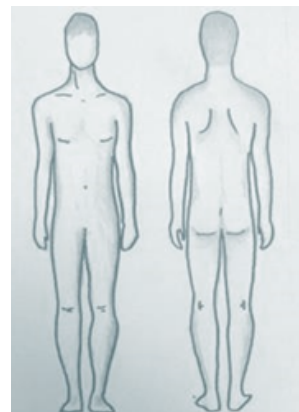
NOM : Prénom :
Date de naissance : Sexe : Homme Femme
Poste de travail :
Type de contrat : CDI CDD Intérimaire Saisonnier Apprenti Stagiaire

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 ?

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

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



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

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**