



Incident or Accident Report Form – HS1

To be completed by worker **immediately** following an incident or accident and by immediate supervisor below

Worker Information

| | | |
|--------------------------|------------|---------------------------|
| Last Name | First Name | Employee Number |
| Name of School or Centre | Occupation | Employee Telephone Number |

➔ **WITHDRAWAL FROM WORK: YES** **NO** ←

Incident Information (to be completed by employee)

| | |
|---|---|
| Date of Event (yyyy/mm/dd) <input style="width: 150px;" type="text"/> | Time of Event (hh/mm) a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| Location of Event: | |
| What part of the body was injured? | Indicate Left, Right, Center if applicable Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Center <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| Describe, in detail, how the event/injury occurred (use other side of form if necessary): | |
| Were there any witnesses? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Name of witnesses if applicable (excluding students): |
| Worker's Signature X | Date: (yyyy/mm/dd) |

School/Centre Information (to be completed by immediate supervisor)

| | | |
|---|--|--|
| On what date and to whom employee reported the event | Date (yyyy/mm/dd): | Name: |
| Environment at the time of the accident -cause of the accident: (use other side of form if necessary) | | |
| Nature of the injury (include left, right, center if applicable): | | |
| Did the employee receive first aid? | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Name of person who administered first aid: |
| Describe first aid measures (if applicable): | | |
| Did the employee seek medical attention (hospital, clinic, or visit a physician) on the day of the event? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| Supervisor's (or replacement) Signature X | Date (yyyy/mm/dd): | |

Once form is signed and completed, please keep original copy at the School or Centre, email a copy to Health & Safety Department, healthandsafety@emsb.gc.ca or by fax 514-483-7487



Rapport d'incident ou d'accident – HS1

Formulaire à remplir par le travailleur **immédiatement** à la suite d'un incident ou d'un accident et par le supérieur immédiat ci-dessous

Identification du travailleur

| | | |
|------------------|--------------|------------------------------------|
| Nom | Prénom | Matricule |
| École ou service | Poste occupé | Numéro de téléphone du travailleur |

➔ RETRAIT DU TRAVAIL : OUI NON ←

Renseignements sur l'incident/l'accident (section à remplir par le travailleur)

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
| Date de l'événement (aaaa/mm/jj) | <input type="text"/> | Heure de l'événement (hh/mm) Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Lieu de l'événement : | | | |
| Quelle partie du corps a été atteinte? | <i>Préciser Gauche, Droit, Centre, le cas échéant</i> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Centre <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> | | |
| Décrire en détail comment la blessure/l'événement est survenu (utiliser le verso au besoin) : | | | |
| Y a-t-il des témoins? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Nom des témoins, le cas échéant (à l'exception des élèves) : | | |
| Signature du travailleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Date : (aaaa/mm/jj) | <input type="text"/> |

Renseignements fournis par l'école/le service (section à remplir par le supérieur immédiat)

| | | |
|--|---|---------------------|
| Quand et à qui le travailleur a-t-il signalé l'événement? | Date ((aaaa/mm/jj) : | Nom : |
| Circonstances de l'accident - cause de l'accident (utiliser le verso au besoin) : | | |
| Nature de la blessure (préciser Gauche, Droit, Centre, le cas échéant) : | | |
| Les premiers secours ont-ils été prodigués au travailleur? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Nom du secouriste : |
| Décrire les premiers secours dispensés au travailleur (le cas échéant) : | | |
| Le travailleur a-t-il consulté un médecin (hôpital, clinique ou cabinet de médecin) le jour de l'événement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| Le formulaire HS3 a-t-il été remis au travailleur : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| Signature du supérieur (ou remplaçant) <input checked="" type="checkbox"/> | Date (aaaa/mm/jj) : | |