

**Réseaux et niveaux concernés**

- Fédération Wallonie- Bruxelles
- Libre subventionné
- libre confessionnel
- libre non confessionnel)
- Officiel subventionné
- Niveaux :

Type de circulaire

- Circulaire administrative
- Circulaire informative

Période de validité

- A partir du
-

Documents à renvoyer

- Oui
- Date limite :
- Voir dates figurant dans la circulaire

Mot-clé :

Secours - registre

Destinataires de la circulaire

- Aux Chefs des établissements scolaires d'Enseignement primaire et secondaire ordinaire et spécialisé organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- Aux Directrices et Directeurs des Hautes Ecoles organisées par la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- Aux Directrices et Directeurs des Instituts d'Enseignement de Promotion sociale organisés la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- Aux Administratrices et Administrateurs des Internats organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- Aux Administratrices et Administrateurs des Homes d'accueil organisés la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- Aux Directrices et Directeurs des Centres de Dépaysement et de plein Air organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- Au Directeur du Centre d'Auto-formation organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles de Tihange ;
- A la Directrice du Centre technique de l'Enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles de Frameries ;
- Aux Directrices et Directeurs des Centres Psycho Médico-sociaux organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- Au Directeur du Centre technique horticole organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles de Gembloux ;
- Au Directeur du Centre des Technologies agronomiques organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles de Strée ;
- Aux Directrices et Directeurs des Ecoles supérieures des Arts organisées par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Pour information :

- Aux Associations de parents ;
- Aux Organisations syndicales.

Signataire

Ministre / Administration : Administration générale de l'Enseignement
Service général de l'Enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles.
Monsieur Didier LETURCQ, Directeur général adjoint.

Personnes de contact

Service ou Association :

Nom et prénom	Téléphone	Email
Olivier DELZENNE	02/213.59.59	Olivier.delzenne@cfwb.be

Dans le cadre des accidents du travail, dans la pratique quotidienne, certains accidents de prime abord qualifiable de bénin n'étaient pas déclarés comme des accidents du travail en raison par exemple de l'absence présumée de frais supportés par la victime ou d'incapacité de travail.

Par une modification introduite par l'Arrêté royal du 15 décembre 2010 relatif aux premiers secours dispensés aux travailleurs en ce, y compris les élèves exécutant une forme de travail dans l'établissement (ex. : cours de pratiques professionnelles) victimes d'un accident ou d'un malaise, le législateur a voulu faciliter la démonstration de l'existence de l'accident pour la victime dans le cas d'une aggravation ultérieure des conséquences de cet accident bénin.

Cette adaptation constitue une simplification administrative pour le Chef d'établissement, mais en même temps, les droits des victimes restent garantis du fait que l'enregistrement dans un registre spécifique, le registre des interventions dans le cadre des premiers secours, celui-ci pouvant servir comme élément de preuve pour le cas où l'accident bénin s'aggraverait.

La réglementation s'est donc attachée à décrire quand il est question d'un accident bénin, et de fixer sous quelles conditions de tels accidents bénins peuvent être dispensés de l'obligation de déclaration d'accident du travail, notamment si l'accident bénin a été enregistré dans ledit registre.

1. DEFINITION DE L'ACCIDENT BENIN

Doit être considéré comme « accident bénin » : un accident n'ayant occasionné ni perte de salaire, ni incapacité de travail (temporaire ou permanente) pour la victime, mais qui a uniquement requis des soins qui ont été dispensés immédiatement après l'accident sur le lieu d'exécution du contrat de travail (article 1, 4° de l'A.R. du 12 mars 2003).

Ces soins ne doivent pas être dispensés par un médecin (bien que cela soit naturellement toujours possible) : la plupart du temps, il s'agit dans ce cas de soins de premiers secours octroyés par le secouriste au sein de l'établissement.

Le lieu de travail n'est pas restreint à l'enceinte de l'entreprise : il peut par exemple s'agir d'un accident durant un cours de sports ou lors d'une activité pédagogique, ou même de la voie publique (pour les chauffeurs).

La même assimilation s'applique aux accidents sur le chemin du travail.

On peut, par exemple, penser à une écorchure qui est désinfectée et éventuellement pansée sans que d'autres soins médicaux ne soient nécessaires et sans qu'une incapacité de travail n'en découle.

2. ENREGISTREMENT ET REGISTRE DES ACCIDENTS BENINS

Comme précisé ci-avant, la dispense de l'obligation de déclaration d'accident du travail via les formulaires ad hoc vaut uniquement à la condition que l'accident bénin ait été enregistré dans le registre des interventions dans le cadre des premiers secours dont il est question à l'article 7, §3 de l'A.R. du 15 décembre 2010 relatif aux premiers secours dispensés aux travailleurs en ce, y compris les élèves exécutant une forme de travail dans l'établissement (ex. : cours de pratiques professionnelles) victimes d'un accident ou d'un malaise. Se rapporter utilement à la circulaire sur cette question, circulaire disponible sur le site internet de la Direction du SIPPT ([🔗 lien](#))

Cet enregistrement doit permettre à la victime d'apporter des éléments qui peuvent démontrer la réalité de l'accident dans le cas d'une aggravation ultérieure (par exemple une petite blessure qui va s'ulcérer et qui doit quand même être soignée par un médecin).

Dans ce cas, l'accident doit alors être déclaré comme accident du travail selon la procédure habituelle de déclaration d'accidents du travail.

Le travailleur ou éventuellement l'élève qui procède à l'intervention dans le cadre des premiers secours (en général le secouriste) doit reprendre plusieurs éléments dans le registre (article 7, §3 de l'A.R. relatifs aux premiers secours) :

- le nom de la victime ;
- le nom de la personne qui a dispensé les premiers secours ;
- l'endroit, la date et l'heure de l'accident, ainsi que la description et les circonstances de l'accident ;
- la date et l'heure de l'intervention ;
- la nature de l'intervention (nature de la lésion, type de soins et moyens dispensés, suite donnée après les premiers secours, ...) ;
- l'identité des témoins éventuels.

L'enregistrement doit naturellement avoir lieu le plus rapidement possible après l'intervention, afin d'éviter que les informations enregistrées soient incorrectes ou parcellaires par oubli.

Si on néglige d'enregistrer l'accident, la dispense de déclaration d'accident du travail via le formulaire ad hoc ne vaut pas, lorsqu'un accident bénin survient, mais qu'il n'est pas enregistré dans le registre, il devra en principe être déclaré comme accident du travail et suivre les procédures y applicables.

Une trace de l'accident bénin doit donc toujours être disponible, soit via l'enregistrement dans le registre, soit via la déclaration d'accident du travail.

3. RAPPORT ANNUEL

Pour éviter que les accidents bénins ne disparaissent des statistiques d'accidents du travail, le législateur a prévu que le nombre d'accidents bénins (qui ont donc uniquement été enregistrés dans le registre des interventions de premiers secours, mais n'ont pas fait l'objet d'une déclaration d'accident du travail) soit désormais repris dans le rapport annuel du SIPPT (A.R. du 27 mars 1998 relatif aux services internes pour la prévention et la protection au travail).

Pour avoir une image globale du nombre d'accidents, la réglementation impose que soit déclaré à partir de l'année scolaire 2015/2016 dans le rapport annuel le nombre d'accidents qui ont fait l'objet d'une déclaration d'accident du travail complété du nombre d'accidents bénins (qui ne sont donc pas déclarés en tant qu'accident du travail via le formulaire ad hoc, mais bien uniquement enregistrés dans le registre des interventions dans le cadre des premiers secours).

Il importera donc que le Conseiller en prévention local puisse disposer à la fin de chaque année civile et au plus tard pour le **31 janvier** de chaque année du nombre d'accidents bénins enregistrés dans le registre en question afin que les statistiques d'accidents restent complètes et cohérentes.

Si ces renseignements sont bien intégrés, ces adaptations au rapport annuel ne modifieront pas le degré de fréquence des accidents du travail, conservant l'aperçu du nombre total d'accidents, en vue du suivi des chiffres des accidents du travail, et d'adaptations de la politique de prévention de l'établissement s'il échet.

4. MODELE DE DOCUMENT

Un modèle de document est annexé à la présente. Il devrait être disposé pour des raisons pratiques dans l'infirmerie de l'établissement, à proximité de la boîte de secours.

RESUME

Il s'agira d'un **accident bénin** si les **conditions suivantes sont remplies** cumulativement :

- pas de perte de salaire ou de rémunération ;
- la victime n'est pas en incapacité de travail ;
- l'accident a seulement occasionné des soins pour lesquels l'intervention d'un médecin n'est pas nécessaire ;
- les soins ont été prodigués après l'accident, uniquement sur le lieu de travail ou assimilés (cf. explication précédente).

Pour un accident bénin, ne pas remplir de déclaration d'accident du travail pour autant que les soins aient bien fait l'objet d'une consignation dans le registre.

Seul l'accident bénin aggravé doit faire l'objet d'une déclaration d'accident du travail à transmettre selon la procédure en vigueur.

Monsieur Olivier DELZENNE, Ing. Attaché principal – Conseiller en prévention à la Direction du SIPPT se tient à votre disposition pour les renseignements complémentaires que la présente circulaire (Olivier.Delzenne@cfwb.be – Tél : 02/213.59.59) pourrait susciter.

Le Directeur général adjoint,

Didier LETURCQ.

Premiers secours

Registre des interventions

Ce registre a pour vocation l'enregistrement des accidents bénins.

Un accident est défini comme bénin si et seulement si les 4 conditions sont rencontrées :

- ✓ pas de perte de salaire ou de rémunération;
- ✓ la victime n'est pas en incapacité de travail;
- ✓ l'accident a seulement occasionné des soins pour lesquels l'intervention d'un médecin n'est pas nécessaire;
- ✓ les soins ont été prodigués après l'accident, uniquement sur le lieu de travail ou assimilés (cf. explication précédente).

Pour un accident bénin, ne pas remplir de déclaration d'accident du travail pour autant que les soins aient bien fait l'objet d'une consignation dans ce registre.

Seul l'accident bénin aggravé doit faire l'objet d'une déclaration d'accident du travail à transmettre selon la procédure en vigueur.

Chaque accident bénin fera l'objet d'une déclaration dans une page unique dans ce registre.

Les intervenants (selon le cas par le secouriste chargé des soins, par un travailleur aidant, par le travailleur lui-même, par son supérieur ou, éventuellement, par un élève) veilleront à compléter au mieux toutes les rubriques immédiatement après l'évènement.

Les rubriques marquées d'un astérisque sont obligatoires.

L'enregistrement doit naturellement avoir lieu le plus rapidement possible après l'intervention, afin d'éviter que les informations enregistrées soient incorrectes ou parcellaires.

Il est de la responsabilité de chaque Chef d'établissement que ces renseignements soient communiqués par courriel à la Direction du SIPPT (Olivier.Delzenne@cfwb.be) dès la clôture de chaque année civile, afin que les statistiques d'accidents du Ministère soient complètes et cohérentes lors de leurs transmissions au SPF Emploi, Travail & Concertation sociale dans le cadre du rapport annuel.

Renseignements complémentaires :

Olivier Delzenne, Ing. Conseiller en prévention - Olivier.Delzenne@cfwb.be

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [redacted] , [redacted]

VICTIME

Nom * : [redacted]

Prénom * : [redacted]

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : [redacted]

Etablissement * : [redacted]

Accident / Malaise Accident Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : [redacted]

Heure * : [redacted]

Lieu * : [redacted]

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : [redacted]

Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : [redacted]

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : [redacted]

Siège * : [redacted]

Contact externe éventuel : [redacted]

Agent causal : [redacted]

Date des premiers soins * : [redacted]

Heure des premiers soins * : [redacted]

Type de soins et moyens dispensés * : [redacted]

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : [redacted]

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : [redacted]

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

 sur les lieux de travail infirmerie autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

- Accident
 Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : [] Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * :
[]

Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : [] Siège * : []

Contact externe éventuel : [] Agent causal : []

Date des premiers soins * : [] Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * :
[]

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

- sur les lieux de travail
 infirmerie
 autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []

Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []

Etablissement * : []

Accident / Malaise Accident Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : []

Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []

Siège * : []

Contact externe éventuel : []

Agent causal : []

Date des premiers soins * : []

Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

 sur les lieux de travail infirmerie autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []

Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []

Etablissement * : []

Accident / Malaise Accident Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : []

Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoignage(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []

Siège * : []

Contact externe éventuel : []

Agent causal : []

Date des premiers soins * : []

Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

 sur les lieux de travail infirmerie autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []

Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []

Etablissement * : []

Accident / Malaise

- Accident
 Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : []

Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoignage(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []

Siège * : []

Contact externe éventuel : []

Agent causal : []

Date des premiers soins * : []

Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

- sur les lieux de travail
 infirmerie
 autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : [] Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : [] Etablissement * : []

Accident / Malaise

- Accident
 Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : [] Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoignage(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : [] Siège * : []

Contact externe éventuel : [] Agent causal : []

Date des premiers soins * : [] Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

- sur les lieux de travail
 infirmerie
 autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : [] Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : [] Etablissement * : []

Accident / Malaise

- Accident
 Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : [] Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : [] Siège * : []

Contact externe éventuel : [] Agent causal : []

Date des premiers soins * : [] Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

- sur les lieux de travail
 infirmerie
 autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : [] Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : [] Etablissement * : []

Accident / Malaise

- Accident
 Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : [] Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : [] Siège * : []

Contact externe éventuel : [] Agent causal : []

Date des premiers soins * : [] Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

- sur les lieux de travail
 infirmerie
 autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident	
<input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail	
<input type="checkbox"/> infirmerie	
<input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident	
<input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail	
<input type="checkbox"/> infirmerie	
<input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : [] Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : [] Etablissement * : []

Accident / Malaise

- Accident
 Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : [] Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : [] Siège * : []

Contact externe éventuel : [] Agent causal : []

Date des premiers soins * : [] Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

- sur les lieux de travail
 infirmerie
 autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []

Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []

Etablissement * : []

Accident / Malaise Accident Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : []

Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []

Siège * : []

Contact externe éventuel : []

Agent causal : []

Date des premiers soins * : []

Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

 sur les lieux de travail infirmerie autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []

Prénom * : []

Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []

Etablissement * : []

Accident / Malaise Accident Malaise (cocher la case correspondante *)

Date * : []

Heure * : []

Lieu * : []

Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []

Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []

Siège * : []

Contact externe éventuel : []

Agent causal : []

Date des premiers soins * : []

Heure des premiers soins * : []

Type de soins et moyens dispensés * : []

Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []

Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []

Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :

 sur les lieux de travail infirmerie autre :

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoign(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

Numéro d'accident bénin ou du malaise : 20 [] / []

VICTIME

Nom * : []	Prénom * : []
Activité exercée lors de l'accident / malaise * : []	Etablissement * : []

Accident / Malaise

<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malaise (cocher la case correspondante *)	
Date * : []	Heure * : []
Lieu * : []	
Description et circonstances de l'accident ou du malaise * : []	
Témoin(s) (éventuels) de l'accident ou du malaise : []	

Blessure, premiers soins et nature de l'intervention

Nature de(s) la lésion(s) * : []	Siège * : []
Contact externe éventuel : []	Agent causal : []
Date des premiers soins * : []	Heure des premiers soins * : []
Type de soins et moyens dispensés * : []	
Suite (éventuelle) donnée après les premiers soins : []	
Personne(s) ayant apporté(s) les premiers soins * : []	
Premiers soins apportés (cocher la case correspondante *) :	
<input type="checkbox"/> sur les lieux de travail <input type="checkbox"/> infirmerie <input type="checkbox"/> autre :	

Victime (Signature *)

Secouriste / premier soins (Signature *)

Supérieur hiérarchique (Signature *)

