*« Nom de votre entreprise »*

Registre des accidents du travail et des lésions professionnelles

|  |
| --- |
| **Registre des accidents du travail et des lésions professionnelles** |
| **Date/heure** | **Nom de l’accidenté** | **Posteoccupé** | **Département** | **Description de l’accident** | **Description de la blessure** | **Signature du travailleur** | **Rempli par** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Source : exemple rendu disponible lors des formations du CPSST – Centre patronal en santé sécurité du travail.