FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT OU D'INCIDENT

Entreprise : [Nom de l'entreprise]
Lieu de travail : [Site / département concerné]
Responsable sécurité : [Nom, fonction]
Date de la déclaration : [jj.mm.aaaa]

1. Informations sur la personne concernée

Nom et prénom : .....
Fonction / poste : .....
Date de naissance : .....
Statut : ☐ Employé·e ☐ Apprenti·e ☐ Temporaire ☐ Visiteur ☐ Autre

HEVEA INVEST®

2. Type d'événement

☐ Accident (blessure ou atteinte à la santé)
☐ Incident (presque accident / dommage matériel / événement informatique)
☐ Maladie professionnelle (soupçonnée ou confirmée)

3. Détails de l'événement

Date et heure : .....
Lieu exact : .....
Description de l'événement (faits, circonstances) :
.....
.....
Parties du corps touchées (le cas échéant) : .....
Type de blessure / dommage : .....
Premiers soins administrés ? ☐ Oui ☐ Non
Nom de la personne ayant porté secours : .....

4. Causes et conditions contributives

☐ Défaillance technique
☐ Inattention / erreur humaine
☐ Conditions de travail inadéquates
☐ Non-respect des consignes
☐ Autre : .....
Commentaires complémentaires :
.....

5. Conséquences de l'événement

☐ Arrêt de travail : ..... jours
☐ Consultation médicale
☐ Déclaration à la SUVA ou à l'assureur LAA
☐ Dommage matériel : estimation CHF .....
☐ Aucun dommage

HEVEA INVEST®

6. Mesures prises ou proposées

.....
.....
☐ Rapport transmis à l'assureur / autorité
☐ Signalement au responsable sécurité
☐ Adaptation des procédures
☐ Suivi prévu avec le collaborateur

Nom et signature de la personne concernée
Nom : .....
Signature : .....
Date : .....

Nom et signature du supérieur hiérarchique / responsable HSE
Nom : .....
Signature : .....
Date : .....