

Registre des

Accidents du travail

Date d'ouverture du registre

Date de clôture du registre

GUILLARD

Réf: R-AT

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Registre

Nom de l'établissement

Adresse

n° SIRET



GUILLARD

5, rue Filliette - 92500 RUEIL-MALMAISON - Tél. : 01 47 51 64 76 - Fax : 01 47 32 92 63
Site internet : www.guillard-publications.com

Décembre 2011 - reproduction interdite
Réf. R-AT

Liste des donneurs de soins

Nom et prénom	Qualification	Signature

Contrôles du présent registre

Nom et prénom de la personne ayant contrôlé, organisme, fonction	Observations	Date et signature

Date de l'accident

Numéro d'enregistrement **XXXXXX**

Soins

Identité de la victime

Nom

(nom d'épouse, s'il y a lieu)

Lieu de l'accident
(zone/poste de travail...)

Prénom

Statut

CDI

CDD

Intérimaire

Stagiaire

Groupement d'employeur

Autre (à préciser)

Circonstances détaillées de l'accident

Large empty box for detailed accident circumstances.

Siège et nature de la blessure ou lésion

Diagram of a human figure with checkboxes for injury types: Coupure, Brûlure, Douleurs musculaires, Contusion, Plaie, Malaise, Piqure, Autre.

Description de la blessure ou lésion / Type de soins prodigués

Large empty box for description of injury and care provided.

Heure des soins

Nom de la personne

ayant prodigué les soins

SST

Infirmier

Médecin

Autre

La victime a-t-elle repris son activité après avoir reçu les soins?

OUI

NON

Si NON, la victime a été transportée vers

Hôpital

Médecin

Autre

La victime a été transportée par

Sapeurs-pompiers

ambulance

Autre

Témoin de l'accident ou 1ère personne avisée (nom et adresse)

Empty box for witness name and address.

Signature du donneur de soin

Signature de la personne soignée

Empty box for signatures.

Accident

Horaires de travail de la victime le jour de l'accident

Time slot grid for work hours.

Renseignements complémentaires

N° Immatriculation SS

SS number grid.

Nationalité de la victime

Française

CEE

Autre

Date d'embauche

Date grid.

Qualification professionnelle

Professional qualification box.

Ancienneté dans le poste

Seniority box.

L'accident a été causé par un tiers

OUI

NON

Si oui,

Nom et adresse du tiers

Box for third party name and address.

L'accident a fait d'autres victimes

OUI

NON

Société d'assurances du tiers

Third party insurance company box.

L'accident a fait l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale

OUI

NON

Si OUI, date de la déclaration

Date grid for declaration.

Nom, prénom et fonction du rédacteur de la déclaration

Box for declarer name and function.

Conséquences de l'accident

AT sans arrêt de travail

AT avec arrêt de travail

Nbre de jours d'arrêt

Days of absence grid.

Décès

Partie réservée au service chargé du suivi administratif de l'accident

Registre des

Accidents du travail

GUILLARD

Réf: R-AT