



Send completed form by facsimile to/Envoyer le formulaire rempli par télécopieur: **1-819-953-4830**
OR/OU - Electronically to/par courrier électronique: **OHSOPs.COSST@hrsdcc.gc.ca**

PRELIMINARY EVENT REPORT RAPPORT PRÉLIMINAIRE D'ÉVÈNEMENT

TYPE OF EVENT/TYPE D'ÉVÈNEMENT			
Hazardous Occurrence Situation comportant des risques <input type="checkbox"/>	Refusal to Work Refus de travail <input type="checkbox"/>	OHS Complaint Plaintes concernant la SST <input type="checkbox"/>	Fire Incendie <input type="checkbox"/>
Fatality Décès <input type="checkbox"/>	Group Refusals to Work Refus de travail multiple <input type="checkbox"/>	Other Autre <input type="checkbox"/>	
REGIONAL INFORMATION/INFORMATION RÉGIONALE			
Date & Time Event reported to Labour Program/ Date et heure que l'évènement a été signalé au Programme du travail		Date & Time of Report made to NHQ/Date et heure du rapport fait à l'AC	
Originator's Name/Nom de l'expéditeur		Telephone No./N° de téléphone	
Position within Labour Program/Titre du poste au sein du Programme du travail		Originating Region/Région d'origine	
DESCRIPTION OF EVENT/DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT			
Employer Name/Nom de l'employeur		Date & Time of Event/Date et heure de l'évènement	
Nature of Event/Nature de l'évènement			
Location of Event/Endroit de l'évènement		Number of employees involved (if known)/ Nombre d'employés impliqués, (si connu)	
Injured Employee Name (where applicable)/Nom de l'employé blessé (si applicable)		Age/Âge	Occupation/Fonctions
Any media enquiries/interest/Intérêt ou questions des médias <input type="checkbox"/> NO/NON <input type="checkbox"/> YES/OUI		Specify/Préciser	
Action taken by Labour Program staff/Mesures prises par le personnel du Programme du travail			
Anticipated next steps/Prochaines étapes anticipées			
For further information contact/Pour plus d'information communiquer avec		Telephone number Numéro de téléphone	Resulting Assignment # (if known) # d'assignation résultante (si connu)
FOR NATIONAL HEADQUARTERS USE/POUR UTILISATION PAR L'ADMINISTRATION CENTRALE			
Report received by (please print)/Rapport reçu par (veuillez imprimer)			Date/Date
INTERNAL NOTIFICATION/ NOTIFICATION INTERNE (Check when complete) (Cochez lorsque achevée)		COMMENTS/COMMENTAIRES (Voice message left, etc.) (Message téléphonique, etc.)	
<input type="checkbox"/>	Manager - OHS Compliance and Operations Unit/ Gestionnaire - Unité de la conformité et des opérations en SST		
<input type="checkbox"/>	Director - Fire Protection Services Division/ Directeur des services en protection-incendie		
<input type="checkbox"/>	Senior Director OHS&IC Division/ Directeur principal, Division de la SST&IA		
<input type="checkbox"/>	Office of DG National Labour Operations Directorate/ Bureau du DG Direction nationale des Opérations du Programme du travail		
<input type="checkbox"/>	Office of ADM Labour/ Bureau du SMA Travail		
<input type="checkbox"/>	Communications – Labour Program/ Communications – Programme du travail		
<input type="checkbox"/>	Media lines shared with region/ Infocapsules communiquées aux régions		