COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Rapport d'accident de l'employeur

Numéro de compte à la CAT

BESOIN D'AIDE? COMMUNIQUEZ AVEC LA CAT. LES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ET DE TÉLÉCOPIEUR SONT INDIQUÉS AU VERSO.

Numéro du dossier à la CAT

Employeur	Nom de famille du travailleur Prénom
Adresse - *Indiquez le code postal.*	Adresse - *Indiquez le code postal.*
Téléphone - *Indiquez le code régional.*	Téléphone - *Indiquez le code régional.*
Nom du superviseur	Adresse résidentielle
Lieu de l'accident - *Ville, village, province ou territoire*	Date de naissance A M J / N° d'assurance sociale
Genre d'industrie	État matrimonial / Personnes à charge
L'employé se trouvait-il sur les lieux de travail de l'employeur au moment de l'accident? Indiquez avec précision où l'accident s'est produit. ❑ Oui ❑ Non	Sexe ❑ M ❑ F Profession de l'employé / Y a-t-il une description de travail ? ❑ Oui ❑ Non
Garantissez-vous un emploi au travailleur quand ce dernier sera en mesure de reprendre le travail? Si vous avez répondu non, expliquez. ❑ Oui ❑ Non	A-t-on administré les premiers soins? ❑ Oui ❑ Non Quand? A M J Nom du préposé
Date de l'accident A M J Heure	Nom et adresse du médecin traitant ou de l'hôpital :
Date où l'accident a été signalé pour la première fois à l'employeur. A M J Heure	
Date et heure du début de l'invalidité A M J Heure	
Heure à laquelle le travailleur avait commencé son travail la journée de l'accident Heure	

RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS QUI SUIVENT - DONNEZ TOUS LES DÉTAILS - JOIGNEZ DES FEUILLES ADDITIONNELLES AU BESOIN

1.	Le travailleur effectuait-il un travail pour votre compte au moment où il s'est blessé?	❑ Oui ❑ Non
	Ce travail faisait-il partie de ses tâches régulières?	❑ Oui ❑ Non
	Êtes-vous d'accord avec la description de l'événement?	❑ Oui ❑ Non
2.	Quelles sont les causes de la blessure?	
	Que faisait le travailleur au moment de l'accident?	
	Quel outil, équipement, matériel ou machine le travailleur utilisait-il?	
	Indiquez s'il travaillait avec du gaz, des produits chimiques ou dans des températures extrêmes?	
	Y avait-il des problèmes de communication en raison de la langue?	
3.	Indiquez les parties du corps où le travailleur a été blessé. (Mains, yeux, dos, et autre. Précisez s'il s'agit du côté droit ou gauche droite ou gauche.)	
	Précisez le genre de blessure que le travailleur a subie (brûlure, fracture, ecchymose, etc.).	
4.	Le travailleur a-t-il des liens de parenté avec l'employeur et vivait-il chez ce dernier au moment de l'accident?	❑ Oui ❑ Non
	Le travailleur est-il associé, administrateur ou autre dirigeant au sein de la compagnie? Si vous avez répondu oui, précisez.	❑ Oui ❑ Non
	Le travailleur a-t-il des employés à son compte? Si vous avez répondu oui, précisez.	❑ Oui ❑ Non
	Y a-t-il quelqu'un, qui *n'est* pas à l'emploi de votre compagnie, à blâmer pour l'accident ou impliqué dans l'accident? Si vous avez répondu oui, expliquez.	❑ Oui ❑ Non
5.	**L'invalidité du travailleur a-t-elle duré plus que la journée de l'accident?** Si vous avez répondu oui, répondez aux questions au verso. Si vous avez répondu non, il ne reste alors qu'à faire signer le rapport (au verso) par une personne autorisée.	❑ Oui ❑ Non

SIGNALEZ CET ACCIDENT À LA CAT SANS DÈLAI

6. Le travailleur a-t-il repris son travail? ❑ Oui ❑ Non
Si vous avez répondu oui, indiquez la date et l'heure du retour au travail. | A | M | J | Heure

Le travailleur a-t-il travaillé entre le premier jour de son invalidité et son retour définitif au travail? ❑ Oui ❑ Non
Si vous avez répondu oui, indiquez la date et l'heure Du | A | M | J | Heure *jusqu'à* Heure

Le travailleur a-t-il reçu un salaire ou autre traitement pendant son invalidité? ❑ Oui ❑ Non
Si vous avez répondu oui, expliquez. Montant

7. Genre de travail du travailleur
❑ occasionnel ❑ emploi été étudiant ❑ saisonnier ❑ apprenti

L'emploi fait-il l'objet de mises à pieds saisonnières? ❑ Oui
en raison de manquede travail? ❑ Oui

Si un des choix de la question 7 s'applique à la situation du travailleur, passez à la **partie B**. Si aucun des choix ne s'applique, remplissez la **partie A.**

8. Le travailleur est-il un employé permanent? ❑ Oui ❑ Non
Si vous avez répondu oui, passez à la **partie B.** Si vous avec répondu non, remplissez la **partie A.**

PARTIE A

Depuis quand le travailleur est-il à votre emploi?
| A | M | J |

Indiquez ses gains bruts des 12 derniers mois. S'il travaille depuis moins de 12 mois, indiquez ses gains bruts jusqu'à présent.
_____$

Nombre normal de jours et d'heures de travail par semaine
_____ heures _____ jours

Heures normales de travail
De _____ À _____

Si le travailleur a un horaire irrégulier (travail par postes, par rotation ou autres), décrivez un horaire complet :

Début du cycle | A | M | J | Nombre de jours de travail _____ Nombre de jours de congé _____

L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D

PARTIE B

Depuis quand le travailleur est-il à votre emploi?
Depuis | A | M | J | À | A | M | J |

Indiquez les gains bruts annuels du travailleur.
_____$

Précisez le nombre normal d'heures et de jours de travail par semaine
Heure_____ À _____

Précisez le nombre normal d'heures et de jours de travail par semaine.
_____ heures _____ jours

Encerclez les jours de congé normaux.
lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi dimanche

Précisez la durée des pause-repas. Le travailleur est-il payé pendant ses pause-repas ? ❑ Oui ❑ Non

Salaire au moment de l'accident ❑ heure ❑ semaine ❑ deux semaines ❑ mois ❑ autres – *expliquez.*
_____$

Le travailleur fait-il régulièrement des heures supplémentaires?
❑ Oui ❑ Non

Salaire _____$ Nombre d'heures par _____Semaine _____ Mois _____ Poste de travail

Le travailleur reçoit-il d'autres avantages sociaux? (paie de vacances, prime et autres)
❑ Oui ❑ Non Précisez et indiquez les montants.

Si l'horaire du travailleur est irrégulier (travail par postes, par rotation ou autres), décrivez un horaire complet :

Date du début du cycle | A | M | J | Jours de travail _____ Jours de congé _____

L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D

IMPORTANT :
L'EMPLOYEUR DOIT TRANSMETTRE À LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL UN AVIS DE L'ACCIDENT DANS LES TROIS (3) JOURS OUVRABLES APRÈS AVOIR EU CONNAISSANCE OU AVOIR ÉTÉ AVISÉ DE L'ACCIDENT. C'EST POURQUOI IL EST FORTEMENT RECOMMANDÉ D'ENVOYER LE PRÉSENT RAPPORT PAR TÉLÉCOPIEUR OU ENCORE DE LE LIVRER EN MAIN PROPRE.

Nom de l'employeur _____

Signé à *ville, village,* _____

Rempli par _____

_____ _____
Signature d'une personne autorisée Date

Siège social : C. P. 888 Yellowknife NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596;
ou
❑ C. P. 669 • Iqaluit NT X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8501
❑ C. P. 368 • Rankin Inlet NT X0C 0G0 • Téléphone : (867) 645-5600 • 1-877-404-8878 • Télécopieur : (867) 645-5601

This form is also available in English.
ᑖᓐᓇᐊ ᐊᑐᐃᓐᓂᑦ ᑎᑎᕋᐅᖅᓴᐃᑦ ᐃᓄᖅᑑᖅᓴᓗᑎᑦ.
Taanna tatatirialik atuinnuinnauvuq Inuktitut.