

" SCHEDULE 1 / ANNEXE 1
subsection 9.6(3) / paragraphe 9.6(3)

**HAZARDOUS OCCURRENCE
INVESTIGATION REPORT**
**RAPPORT D'ENQUÊTE DE
SITUATION COMPORTANT DES RISQUES**

1. TYPE OF OCCURRENCE/GENRE DE SITUATION <input type="checkbox"/> Explosion <input type="checkbox"/> Loss of Consciousness <input type="checkbox"/> Disabling Injury <input type="checkbox"/> Emergency Procedure <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Autre _____ Specify/Préciser	2. Department file no./N° de dossier du militaire
	Regional or District Office / Bureau régional ou de district
	Employer ID No./Numéro d'identification de l'employeur

3. Employer's name and mailing address / Nom et adresse postale de l'employeur	Postal code / Code postal
	Telephone number / Numéro de téléphone

Site of hazardous occurrence Lieu de la situation comportant des risques	Date and time of hazardous occurrence Date et heure de la situation comportant des risques
	Weather/Conditions météorologiques
Witnesses/Témoins	Supervisor's name/Nom du surveillant

4. Description of what happened /Description des circonstances

Aircraft type / Type d'aéronef	Aircraft registration mark / Marque d'immatriculation de l'aéronef
--------------------------------	--

Brief description and estimated cost of property damage/Description sommaire et coût estimatif des dommages matériels

5. Injured employee's name (if applicable)/Nom de l'employé blessé (s'il y a lieu)	Age/Âge	Occupation/Profession
		Years of experience in occupation Nombre d'années d'expérience dans la profession
Description of injury/Description de la blessure	Sex/Sexe	Direct cause of injury/Cause directe de la blessure

Was training in accident prevention given to injured employee in relation to duties performed at the time of the hazardous occurrence?
L'employé blessé a-t-il reçu une formation en prévention des accidents relativement aux fonctions qu'il exerçait au moment de la situation comportant des risques?
 Yes/Oui No/Non Specify/Préciser

6. Direct causes of hazardous occurrence / Causes directes de la situation comportant des risques

7. Corrective measures and date employer will implement/ Mesures correctives qui seront appliquées par l'employeur et date de leur mise en oeuvre

Reasons for not taking corrective measures / Raisons pour lesquelles aucune mesure corrective n'a été prise

Supplementary preventive measures/Autres mesures de prévention

8. Name of person investigating/Nom de la personne faisant l'enquête	Signature	Date
	Title/Titre	Telephone Number/Numéro de téléphone

9. Safety & health committee's or representative's comments
Observations du comité de sécurité et de santé ou du représentant en matière de sécurité et de santé

Committee member's or representative's name/Nom du membre du comité ou du représentant	Signature	Date
	Title/Titre	Telephone number/Numéro de téléphone

Lab/Trav 369(AIR) (93/01)

COPIES 1 & 2 to Safety Officer, COPY 3 to the Safety and Health Committee or Representative, COPY 4 to the Employer
COPIES 1 et 2 pour l'agent de sécurité, COPIE 3 pour le comité de sécurité et de santé ou pour le représentant en matière de sécurité et de santé, COPIE 4 pour l'employeur