

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

N° de dossier

**A. Renseignements sur le travailleur**

Titre ou poste (au moment de l'accident ou de la maladie - n'utilisez pas d'abréviations) Depuis combien de temps ce travailleur occupe-t-il ce poste? Numéro d'assurance sociale

Indiquez si ce travailleur est :  dirigeant  représentant élu  propriétaire  conjoint ou parent de l'employeur

Nom de famille Prénom

Adresse (n°, rue, app.)

Ville Province Code postal

Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective?  oui  non

Langue préférée du travailleur :  Anglais  Français  Autre

Sexe  F  M

Numéro de référence du travailleur

Date de naissance jj mm aa

Téléphone ( )

Date d'embauche jj mm aa

**B. Renseignements sur l'employeur**

Appellation commerciale et raison sociale (si différentes) Cochez l'une des cases  Numéro d'entreprise **OU**  Numéro de compte Inscrivez le numéro

Adresse postale Numéro du groupe de taux Code d'unité de classification

Ville Province Code postal Téléphone ( )

Description des activités Votre entreprise compte-t-elle 20 travailleurs ou plus?  oui  non Télécopieur ( )

Adresse de l'établissement où le travailleur est en poste (si différente de l'adresse postale - n'utilisez pas d'abréviations)

Ville Province Code postal Autre numéro de téléphone ( )

Plier ici pour l'enveloppe n° 10

**C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements**

1. Date et heure de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie jj mm aa  matin  après-midi

2. À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré? (Nom et titre) Téléphone poste ( )

Date et heure déclarées à l'employeur jj mm aa  matin  après-midi

3. La lésion est-elle  un événement soudain et précis?  apparue graduellement?  une maladie professionnelle?  un décès?

4. Type d'accident ou de maladie (cochez tous les éléments qui s'appliquent)

Heurté ou coincé  Chute  Glissade ou trébuchement  
 Effort excessif  Substance nocive ou agent environnemental  Accident de véhicule automobile  
 Mouvement répétitif  Agression  
 Incendie ou explosion  Autre

5. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

Tête  Dents  Haut du dos  Gauche  Épaule  Droit  Gauche  Poignet  Droit  Gauche  Hanche  Droit  Gauche  Cheville   Visage  Cou  Bas du dos  Bras  Main  Cuisse  Pied  Oeil (yeux)  Poitrine  Abdomen  Coude  Doigt(s)  Genou  Orteil(s)  Oreille(s)  Bassin  Avant-bras  Bas de la jambe

Autre

6. Expliquez comment est survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que le travailleur faisait à ce moment-là (soulevait une boîte de 50 lb, a glissé sur un plancher mouillé, faisait des mouvements répétitifs, etc.). Précisez la nature de la lésion et tout détail sur l'équipement, les matières, les conditions environnementales (aire de travail, température, bruit, produit chimique, gaz, émanations, autre personne) qui pourrait avoir joué un rôle dans l'accident ou la maladie. **Pour des troubles de santé apparus graduellement, veuillez joindre une description des activités physiques requises pour effectuer le travail.**

**Vous pouvez obtenir un guide pour remplir ce formulaire sur le site [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca)**

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------------------

**C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements (suite)**

**7.** L'accident ou la maladie est-il survenu sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus)?  oui  non Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)

**8.** L'accident ou la maladie est-il survenu hors de l'Ontario?  oui  non Si **oui**, où? (ville, province, état, pays)

**9.** Y a-t-il eu des témoins de cet accident ou cette maladie, et d'autres employés y sont-ils mêlés?  oui  non Si **oui**, veuillez fournir les noms, titres et numéros de téléphone de ces personnes.  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

**10.** Y a-t-il quelqu'un qui ne travaille pas pour vous qui soit partiellement ou totalement responsable de cet accident ou maladie?  oui  non Si **oui**, veuillez fournir son nom et son numéro de téléphone au travail.

**11.** Êtes-vous au courant de tout problème, lésion ou troubles de santé semblables ou connexes préexistants?  oui  non Si **oui**, veuillez expliquer.

**12.** Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au présent formulaire.  Observations jointes

**D. Soins de santé**

**1.** Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette lésion?  oui  non Si **oui**, quand jj mm aa

**2.** Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé? jj mm aa

**3.** Où le travailleur a-t-il reçu des soins pour sa lésion? (**Cochez tous les éléments qui s'appliquent.**)  
 Au travail  Ambulance  Service des urgences  Hospitalisation  Cabinet d'un professionnel de la santé  Clinique  
 Autre \_\_\_\_\_  
 Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel de la santé qui a soigné ce travailleur ou nom de l'établissement où il a été soigné (si vous le savez) \_\_\_\_\_

**E. Interruption de travail**

**1.** Veuillez cocher l'un des énoncés suivants. **Après le jour de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie, ce travailleur :**  
 est retourné à son **emploi régulier** et **n'a pas** interrompu son travail ni perdu de gains. (**Remplissez les sections G et J.**)  
 a accompli un **travail modifié** et **n'a pas** interrompu son travail ni perdu de gains. (**Remplissez les sections F, G et J.**)  
 a **interrompu son travail** et/ou perdu des gains. (**remplissez TOUTES les sections restantes.**)

Indiquez la date du premier jour de l'interruption de travail jj mm aa Date où le travailleur est retourné au travail (si vous la connaissez) jj mm aa  Travail régulier  Travail modifié

**2.** Ces renseignements sur l'interruption de travail sont confirmés par :  moi-même  une autre personne Nom \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) poste

**F. Retour au travail**

**1.** Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de ce travailleur?  oui  non

**2.** Avez-vous discuté d'un travail modifié avec ce travailleur?  oui  non

**3.** Avez-vous offert un travail modifié à ce travailleur?  oui  non

Si **oui**, l'offre a-t-elle été  Acceptée?  Refusée?  
 Si elle a été refusée, veuillez joindre une copie de l'offre écrite présentée au travailleur.

**4.** Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail du travailleur?  moi-même  une autre personne Nom \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) poste

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET à l'encre noire.**

Nom du travailleur \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

**G. Renseignements sur le salaire de base et l'emploi** (N'indiquez pas les heures supplémentaires.)

1. Ce travailleur est : **(Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent.)**

- Permanent à temps plein     Occasionnel ou irrégulier     Étudiant     Apprenti autorisé     Propriétaire exploitant ou sous-traitant  
 Permanent à temps partiel     Travailleur saisonnier     Non rémunéré/stagiaire     Assurance facultative  
 Temporaire à temps plein     À contrat  
 Temporaire à temps partiel     Autre

2. Taux salarial régulier \$  l'heure  par jour  par semaine  autre

**H. Renseignements supplémentaires sur le salaire**

1. Montant ou code de demande nette    Fédéral \_\_\_\_\_    Provincial \_\_\_\_\_    2. La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque?  oui  non    Indiquez le pourcentage \_\_\_\_\_ %

3. Date et heure du dernier jour de travail    4. Heures normales le dernier jour de travail    5. Gains réels pour le dernier jour de travail    6. Gains normaux pour le dernier jour de travail

jj mm aa    De \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_    \$    \$

matin     matin     matin  
 après-midi     après-midi     après-midi

7. Avance sur le salaire : Le travailleur est-il payé pendant son rétablissement?  oui  non    Si **oui**, précisez  Plein salaire régulier  Autre

8. **Autres gains (autres que le salaire régulier) :** Fournissez le **total des gains supplémentaires** pour chacune des quatre semaines précédant l'accident ou la maladie.

\* Pour les travailleurs sur quarts rotatifs : Si le cycle de quarts de travail dépasse quatre semaines, veuillez joindre les renseignements sur les gains du dernier cycle complet de quarts avant la date de l'accident ou de la maladie.

Remplissez les espaces ci-dessous pour tout autre gain (indiquez commission, prime de quart, prime, boni, pourboire, etc.)

Periode	Du (jj/mm/aa)	Au (jj/mm/aa)	Paie des heures supplémentaires obligatoires	Paie des heures supplémentaires volontaires				
Semaine 1			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 2			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 3			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 4			\$	\$	\$	\$	\$	\$

**I. Horaire de travail** (Remplissez **A, B** ou **C**. N'indiquez pas les quarts de travail supplémentaires.)

**(A.) Horaire régulier :** indiquez les heures et jours de travail normaux.

► **Par exemple :** du lundi au vendredi, 40 heures

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

D	L	M	M	J	V	S
8	8	8	8	8	8	

ou

**(B.) Quarts rotatifs répétés** - Indiquez :

LE NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL	LE NOMBRE DE JOURS DE CONGÉS	LE NOMBRE D'HEURES PAR QUART	LE NOMBRE DE SEMAINES PAR CYCLE

ou

► **Par exemple :** 4 jours de travail, 4 jours de congé, 12 heures par quart, 8 semaines par cycle.

**(C.) Horaire varié ou irrégulier** - Fournissez le nombre total d'heures régulières et de quarts pour chaque semaine pendant les quatre semaines précédant l'accident ou la maladie. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)				
Total des heures de travail				
Total des quarts de travail				

**J.** Commet une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. J'affirme que tous les renseignements donnés aux pages 1, 2 et 3 de cet avis sont véridiques.

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire : (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Titre officiel \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ Date: dd jj aa

**EN VERTU DE LA LOI SUR LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, VOUS DEVEZ REMETTRE UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE À VOTRE TRAVAILLEUR.**

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

N° de dossier

Nom du travailleur

Numéro d'assurance sociale

**K. Renseignements supplémentaires**

**EN VERTU DE LA LOI SUR LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL,  
VOUS DEVEZ REMETTRE UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE À VOTRE TRAVAILLEUR.**