

Victimes

Nom	Adresse		
	Âge	Sexe: Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Nom	Adresse		
	Âge	Sexe: Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Nom	Adresse		
	Âge	Sexe: Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Traité: Sur place <input type="checkbox"/> En clinique <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/>			

Brève description des blessures

Témoins

Nom	Adresse		
	N° de téléphone	Code postal	
Nom	Adresse		
	N° de téléphone	Code postal	
Nom	Adresse		
	N° de téléphone	Code postal	

Personnel en poste lors de l'événement

Préposé à l'embarcadère	Nom	Adresse	
		N° de téléphone	
Préposé au débarcadère	Nom	Adresse	
		N° de téléphone	
Opérateur de la remontée mécanique	Nom	Adresse	
		N° de téléphone	

Veuillez, dans les plus brefs délais, rapporter cet accident par téléphone ou par télécopieur et transmettre cette déclaration à :

Régie du bâtiment du Québec
A/S Mark Baril
 Direction du soutien à la prestation de services
 800, place D'Youville, 16^e étage
 Québec (Québec)
 G1R 5S3
Téléphone: (418) 643-0061 Télécopieur: (418) 644-0072

Signature de la personne responsable		
Nom (en lettres moulées)		
Fonction de cette personne		
Téléphone	Télécopieur	Date