

DÉCLARATION DE BLESSURE À L'EMPLOYEUR



IMPORTANT : N'envoyez pas ce formulaire à la WCB. Gardez-en une copie et fournissez une copie à votre employeur.

Si l'incident en milieu de travail a entraîné une blessure nécessitant des soins médicaux ou des jours de congé, veuillez le signaler à la WCB en composant le :

204-954-4321 ou sans frais au 1-855-954-4321 (de 8 h à 19 h, du lundi au vendredi)

Nom du travailleur blessé _____

Adresse du travailleur blessé _____

Date de la blessure _____ Heure _____ ☐ AM ☐ PM

Lieu de l'incident (adresse du site et emplacement précis)

Description de l'incident

Description de la blessure

Jours de congé en raison de la blessure ☐ Oui ☐ Non

Noms des témoins (le cas échéant) _____

Signature du superviseur _____

Signature du travailleur blessé _____

Date _____