

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 _____