

DÉCLARATION DE BLESSURE À L'EMPLOYEUR



IMPORTANT : N'envoyez pas ce formulaire à la WCB. Gardez une copie pour vous 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 téléphonant au :

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

Nom du travailleur blessé _____

Adresse du travailleur blessé _____

Date de la blessure _____ Heure _____ a.m. p.m.

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

Description de l'incident

Description de la blessure

Jours de congé en raison d'une blessure Oui Non

Noms des témoins (le cas échéant) _____

Signature du superviseur _____

Signature du travailleur blessé _____

Date _____