

## Déclaration d'accidents LAA

Employé : \_\_\_\_\_

Rue, NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Salaire annuel : \_\_\_\_\_

Date de l'engagement : \_\_\_\_\_

Contrat résilié:  non  oui

Date de l'accident: \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

Description: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Constat —circulation— \_\_\_\_\_

Parties du corps touchées \_\_\_\_\_

gauche

Nature de la lésion \_\_\_\_\_

droite

avec incapacité de travail

dès: \_\_\_\_\_

travail repris:      dès \_\_\_\_\_

totalement

part. \_

\_\_\_\_\_%

Médecin : \_\_\_\_\_