

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 : _____