



REPORT OF ACCIDENT ON DUTY RAPPORT D'ACCIDENT DU TRAVAIL

To be completed with Workers Compensation Form 0007

A remplir avec le formulaire Commission des Accidents du Travail 0007

Name/Nom	Group and level/Groupe et niveau	Division/Direction
To whom was accident reported/A qui l'accident a été rapporté		Time and date reported/Heure et date du rapport
If absent from work as result of accident, give dates absent/S'il y a eu absence du travail à la suite de l'accident, en indiquer les dates		
Name of supervisor/Nom de surveillant	Signature of supervisor/Signature de surveillant	
Signature of employee/Signature de l'employé	Date	