



## 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   |   |