

Déclaration d'accidents LAA

Employé : _____

Rue, NPA, Localité : _____

Nationalité : _____

AVS : _____

Etat civil : _____

Date de naissance _____

Salaire annuel _____

Profession : _____

Date de l'engagement : _____

Heure par semaine _____

Degré d'occupation _____

Contrat résilié: non oui

Date de l'accident + heure _____

Date dernier jour travail avant 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 _____

Coordonnées bancaires pour le versement des indemnités:
