



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

Département de l'économie et de la formation
Service de la formation professionnelle
Ecole des métiers de la santé, Sion

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

**A transmettre au secrétariat de
l'école dûment signé**

1 Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° / partie de la compagnie
	ECOLE DES METIERS DE LA SANTE Ch. des Collines 50 1950 Sion		1223-21274.0 A
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
		Elève école des métiers de la santé à plein temps	
2 Blessé	Nom, prénom et adresse avec NPA	Né le	N° AS / N° AVS
		N° de tél.	Nationalité
		Etat civil	
	3 Engagement	Date d'engagement	Profession exercée
		Assistant-e en soins et santé communautaire CFC	
Fonction		Horaire de travail du blessé (heures par semaine)	
Apprenti		42	
4 Date de l'accident	Jours, mois, année, heure (heures,minutes)		
5 Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue)		
6 Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
7 Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le typ de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8 Accident non professionnel	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
9 Blessure	Partie du corps atteinte et côté	Type de la lésion	
10 Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	
Date :		Signature des parents ou du représentant légal :	