

A. Renseignements sur le travailleur					
Nom de famille		Prénom		Numéro d'assurance sociale	
Adresse (numéro, rue, appartement, bureau ou unité)				Téléphone	
Ville		Province	Code postal	Cellulaire ou autre n°	
Titre ou profession (au moment de la lésion)		Quand avez-vous commencé à travailler pour cet employeur? (jj/mm/aa)		Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi?	
Indiquez si vous êtes :				Date de naissance (jj/mm/aa)	
dirigeant de l'entreprise		représentant élu	propriétaire de l'entreprise	conjoint ou parent de l'employeur	
Sexe	Langue préférée			Avez-vous besoin d'un interprète?	
H    F	Anglais	Français	Autre .....	oui non	
Êtes-vous membre d'un syndicat?		oui non	Autorisez-vous votre syndicat à vous représenter dans le cadre de cette demande?		oui non
		oui non	Si oui, autorisez-vous la communication verbale de renseignements sur la situation de votre dossier à votre représentant syndical?		
Indiquez le nom et la section locale de votre syndicat.					

B. Renseignements sur l'employeur	
Nom de l'entreprise ou de l'employeur	
Adresse	
Ville	Province
Code postal	
Nom de votre superviseur immédiat	
Téléphone de l'entreprise	

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements																																																								
1. Date et heure de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie (jj/mm/aa)	2. À qui avez-vous déclaré cet accident ou cette maladie? (Nom et titre)																																																							
Date et heure de la déclaration à l'employeur (jj/mm/aa)	Téléphone																																																							
3. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)																																																								
<table border="0"> <tr> <td>Tête</td> <td>Dents</td> <td>Haut du dos</td> <td>Gauche</td> <td>Droit</td> <td>Gauche</td> <td>Droit</td> <td>Gauche</td> <td>Droit</td> <td>Gauche</td> <td>Droit</td> </tr> <tr> <td>Visage</td> <td>Cou</td> <td>Bas du dos</td> <td>Épaule</td> <td></td> <td>Poignet</td> <td></td> <td>Hanche</td> <td></td> <td>Cheville</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oeil (yeux)</td> <td>Poitrine</td> <td>Abdomen</td> <td>Bras</td> <td></td> <td>Main</td> <td></td> <td>Cuisse</td> <td></td> <td>Pied</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oreille(s)</td> <td></td> <td>Bassin</td> <td>Coude</td> <td></td> <td>Doigt(s)</td> <td></td> <td>Genou</td> <td></td> <td>Orteil(s)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Avant-bras</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Bas de la jambe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tête	Dents	Haut du dos	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Visage	Cou	Bas du dos	Épaule		Poignet		Hanche		Cheville		Oeil (yeux)	Poitrine	Abdomen	Bras		Main		Cuisse		Pied		Oreille(s)		Bassin	Coude		Doigt(s)		Genou		Orteil(s)					Avant-bras				Bas de la jambe				Autres : ..... Êtes-vous gaucher?                      droitier?
Tête	Dents	Haut du dos	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit																																														
Visage	Cou	Bas du dos	Épaule		Poignet		Hanche		Cheville																																															
Oeil (yeux)	Poitrine	Abdomen	Bras		Main		Cuisse		Pied																																															
Oreille(s)		Bassin	Coude		Doigt(s)		Genou		Orteil(s)																																															
			Avant-bras				Bas de la jambe																																																	
4. La maladie ou l'accident est-il survenu dans le lieu de travail ou sur la propriété de l'employeur?	Précisez où (atelier, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)																																																							
5. Est-il survenu hors de l'Ontario?	Si oui, précisez où (ville, province, État, pays)																																																							
6. Vous êtes-vous déjà blessé à cette partie du corps?	7. Avez-vous déjà présenté une demande de prestations d'accident du travail?																																																							
oui non	non      oui - en Ontario      oui - hors de l'Ontario																																																							

Si vous avez de la difficulté à accéder au présent formulaire ou à le remplir, veuillez écrire à [accessibility@wsib.on.ca](mailto:accessibility@wsib.on.ca)

Téléversez les formulaires et les documents à l'appui en ligne à [wsib.ca/fr/téléverser](http://wsib.ca/fr/téléverser).

Poste : WSIB, 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1 | Sans frais : 1-800-387-0750 | ATS : 1-800-387-0050 | Télécopieur : 1-888-313-7373  
0006B (11/20)

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
----------------	--------	----------------------------

**C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements (suite)**

8. Si vous avez subi un accident ou contracté une maladie soudainement, décrivez votre lésion et ce qui l'a causée (p. ex., vous vous êtes blessé au bas du dos en soulevant une boîte de 50 lb, foulé la cheville en glissant sur un plancher mouillé, une éruption est apparue lorsque vous avez utilisé un nouveau nettoyant). Veuillez préciser la taille, le poids et le nom de tout objet mentionné.

**ou**

Si la lésion que vous avez subie est apparue graduellement, décrivez-la ainsi que le travail que vous faites et indiquez ce qui l'a causée selon vous.

9. Quand avez-vous commencé à éprouver les troubles liés à cette lésion ou maladie?

10. Si vous n'en avez pas informé votre employeur immédiatement, veuillez expliquer pourquoi.

11. Si des personnes ont été témoins de votre accident ou si vous avez mentionné vos troubles ou douleurs à votre superviseur ou à un compagnon de travail, veuillez indiquer leur nom et leur poste.

	Nom	Poste
1		
2		

12. La *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* exige que l'employeur vous remette une copie du formulaire 7 – Avis de lésion ou de maladie (employeur).

Avez-vous reçu une copie du formulaire 7?    oui    non

**La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que vous remettiez une copie du présent formulaire (Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6) à votre employeur.**

**D. Soins de santé – Donnez votre numéro de dossier de la WSIB à votre professionnel de la santé.**

1. Avez-vous obtenu les premiers soins au travail?    oui    non    Si oui, quand? (jj/mm/aa)    Et de qui? (nom)

2. Où avez-vous obtenu des soins pour votre lésion hors du travail? (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

	Établissement ou hôpital (nom et adresse)		Date (jj/mm/aa)
Poste de soins infirmiers		Ambulance	
Service des urgences		Cabinet d'un professionnel de la santé	
Hospitalisation		Clinique	

3. Vous a-t-on prescrit des médicaments d'ordonnance?    oui    non    4. Vous a-t-on orienté vers d'autres tests ou traitements?    oui    non

5. Avez-vous consulté votre professionnel de la santé au sujet d'un retour à votre travail habituel ou à un travail modifié?    oui    non    Si oui, vous a-t-il recommandé des restrictions relatives au travail?    oui    non

6. Avez-vous dit à votre employeur que vous aviez reçu des soins médicaux?    oui    non    **Si non, veuillez l'en aviser dès que possible.**

Si oui, quand? (jj/mm/aa)    Et à qui? (nom et poste)

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
----------------	--------	----------------------------

**E. Interruption de travail et retour au travail**

1. Après le jour de l'accident ou le premier jour de la maladie :

J'ai repris mon **emploi habituel** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.

J'ai accompli des **tâches modifiées** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.

J'ai **interrompu mon travail ou subi une perte de gains** (salaire habituel, prime de quart, prime salariale, autres primes, etc.).

Premier jour d'interruption de travail ou de perte de gains (jj/mm/aa) :

2. Si vous avez interrompu votre travail, êtes-vous retourné travailler? oui non

Si **oui**, indiquez la date de votre retour au travail (jj/mm/aa).

	travail habituel	
	travail modifié	

Si **non**, avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur? oui non

Votre employeur a-t-il un emploi modifié à vous offrir? oui non

**F. Gains (n'ajoutez pas les heures supplémentaires)**

1. Taux salarial

..... \$ par      heure      semaine      autre .....

2. Nombre habituel d'heures rémunérées

..... \$ par      semaine      autre .....

3. Si vous avez interrompu votre travail après le jour de l'accident/la maladie, votre employeur a-t-il continué de vous payer? oui non

4. Avez-vous demandé ou reçu d'autres prestations depuis votre interruption de travail? oui non  
(p. ex., assurance-emploi, indemnités de maladie, prestations d'aide sociale, d'assurance, etc.).

5. Au moment de l'accident/de la maladie, travailliez-vous pour plus d'un employeur? oui non

**G. Déclarations et signature**

En apposant ma signature ci-dessous, je demande des prestations en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* pour une lésion ou une maladie reliée au travail. J'autorise également tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) et à moi les renseignements concernant mes capacités fonctionnelles sur le formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* de la WSIB.

**Commet une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. J'affirme que tous les renseignements inscrits aux pages 1, 2 et 3 du présent formulaire sont véridiques.**

Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à taper et téléverser)	Date (jj/mm/aa)
--	-----------------

**Si vous avez moins de 16 ans, votre parent ou tuteur doit signer son nom ci-dessous pour autoriser la divulgation des renseignements sur vos capacités fonctionnelles.**

Signature	Lien de parenté	Date (jj/mm/aa)	Téléphone
-----------	-----------------	-----------------	-----------

Des renseignements personnels vous concernant sont recueillis dans le cadre de votre dossier en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*. Ces renseignements sont utilisés pour administrer votre(vos) dossier(s) et les programmes de la WSIB. Des renseignements médicaux et non médicaux sont recueillis auprès de fournisseurs de soins de santé, d'établissements de réadaptation professionnelle, de fournisseurs de services de réintégration au marché, du travail, d'employeurs, de témoins, de l'Agence du revenu du Canada (ARC) et d'autres personnes ou organismes au besoin. Votre numéro d'assurance sociale est utilisé pour enregistrer les demandes de prestations, identifier les travailleurs(euses) et produire des relevés d'impôt. Il est recueilli aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Ces renseignements peuvent seulement être divulgués à l'employeur, à des consultants médicaux externes, à des fournisseurs de services externes, à des chercheurs, à des tiers pour recouvrer des coûts et à d'autres personnes ou organismes en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des tiers qui mènent des enquêtes sur la satisfaction et organisent des groupes de consultation. Les appels que nous recevons ou effectuons peuvent être enregistrés pour en assurer la qualité. Toute question concernant la collecte de ces renseignements doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou en composant 1-800-387-0750.

**Vous trouverez une déclaration sur la protection de la vie privée plus détaillée à l'intention des travailleurs sur le site [wsib.ca](http://wsib.ca) ou en composant sans frais le 1-800-387-0750.**

 Téléversez le formulaire et les documents à l'appui en ligne à [wsib.ca/fr/téléverser](http://wsib.ca/fr/téléverser).

Nom de famille

Prénom

Numéro d'assurance sociale

**H. Renseignements supplémentaires**