

## Déclaration d'accident

16.08.2021

Date et lieu de l'accident .....

Type et marque de l'appareil .....

- Cause de l'accident
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Etalement     | <input type="checkbox"/> Sol / sous-sol                   |
| <input type="checkbox"/> Mise en place | <input type="checkbox"/> Défaillance technique            |
| <input type="checkbox"/> Travail       | <input type="checkbox"/> Glissement                       |
|  | <input type="checkbox"/> Chargement / déchargement        |
|  | <input type="checkbox"/> Procédure sur le lieu de travail |
|  | <input type="checkbox"/> Montée / descente nacelle        |
|  | <input type="checkbox"/> Erreur d'utilisation             |
|  | <input type="checkbox"/> Défaillance technique            |
|  | <input type="checkbox"/> Heurt d'un objet                 |

- Opérateur
- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Employé           |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Client            |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Diplômé IPAF      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Formation interne | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- Dommages corporels
- |   |                                |   |
|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Indemne            | <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> Fracture         |
| <input type="checkbox"/> Légèrement blessé  | <input type="checkbox"/> Bras  | <input type="checkbox"/> Ecchymose        |
| <input type="checkbox"/> Moyennement blessé | <input type="checkbox"/> Tête  | <input type="checkbox"/> Ecorchure        |
| <input type="checkbox"/> Grièvement blessé  | <input type="checkbox"/> Torse | <input type="checkbox"/> Blessure interne |
| <input type="checkbox"/> Décédé             |                                | <input type="checkbox"/> Coupure          |

- Equipement de protection individuel
- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Equipé d'un système de retenue                      |
| <input type="checkbox"/> | Equipé d'un système de retenue à rappel automatique |
| <input type="checkbox"/> | Equipé d'un système de retenue avec longe réglable  |
|                          | Equipé d'un casque                                  |

- Dommages matériels Appareil en CHF
- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | < 5'000        |
| <input type="checkbox"/> | 5'000 – 15'000 |
| <input type="checkbox"/> | > 15'000       |

- Objets endommagés en CHF
- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | < 2'000        |
| <input type="checkbox"/> | 2'000 – 10'000 |
| <input type="checkbox"/> | > 10'000       |

- Photo  .....  Oui  Non

- Utilisation
- |                          |                                       |       |
|--------------------------|---------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Utilisation interne uniquement        | ..... |
| <input type="checkbox"/> | Autorisé pour une utilisation externe | ..... |
| <input type="checkbox"/> | Autorisé à des fins de formation      | ..... |

..... Société ..... Nom / Prénom / Signature