



Département de la formation et de la
sécurité
Service de l'enseignement

Ecole de Commerce et de Culture
générale - S. Corinna Bille

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
	ETAT DU VALAIS, CP 478, 1951 Sion	027 607 39 50	1223-21274.0 A
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) Elève école de commerce 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	
		Employé(e) de commerce	
	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 type 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, lieu)	Suite du traitement par (médecin/hôpital /clinique, lieu)	
Date :	Signature des parents ou du représentant légal :		