

FORMULAIRE D'INFORMATION D'URGENCE

Bien vouloir soumettre (contre décharge) ce formulaire rempli à votre supérieur hiérarchique chaque fois que vous devez informer la hiérarchie d'une urgence (Maladie, Décès, Accident...).

IDENTIFICATION

Noms et Prénoms :	
Adresse :	Téléphone :
Poste/Fonction :	
Département :	

OBJET

Urgence à signaler :	☐ Maladie	☐ Décès	☐ Accident
	☐ Autre :		
Précisions à apporter :			
Justificatif(s) (à joindre au formulaire) :			
Date de survenue de l'urgence			
Lieu de survenue de l'urgence :			

Signature de l'employé : _____ date :

CONSTAT

Avis et signature du chef de personnel :
Avis et signature de l'employeur :