

Annexes

ANNEXE 1 : *Exemple d'une Politique de santé et sécurité au travail et d'un Énoncé des responsabilités*

1/8

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

Politique de santé et sécurité

(*Insérer le nom de l'autorité scolaire ici*) est soucieuse de la protection de ses employés, des agents contractuels, des bénévoles et des élèves qu'elle sert.

Dans le but de respecter cet engagement, l'administration scolaire fournira et entretiendra un milieu de travail sain et sécuritaire, conformément aux normes du secteur d'activité et dans le respect des exigences de la loi, et s'efforcera d'éliminer tout risque prévisible pouvant entraîner des blessures, des maladies ou des dommages.

Nous sommes tous responsables de la prévention des incidents à l'intérieur de nos établissements et chacun d'entre nous doit se conformer à l'ensemble des lois, des règles et des règlements de santé et sécurité en vigueur.

Les incidents peuvent être évités par un bon encadrement, associé à une implication active des employés. Les employés sont directement responsables de leur participation au programme de santé et sécurité. Tous les employés doivent accomplir leur travail conformément aux pratiques de travail sécuritaires en place.

La Loi sur la santé et la sécurité au travail (Occupational Health and Safety Act [OHS]) prévaut sur les renseignements inclus dans cette politique. Tous les employés devraient connaître la Loi, la réglementation et le Code de la santé et la sécurité au travail. Une copie de la Loi est disponible dans toutes les écoles.

Pour s'assurer que cette politique continue de répondre à nos besoins, l'autorité scolaire la réévaluera chaque année.

Signé :

Direction générale, direction ou équivalent
Autorité scolaire
Date

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

Responsabilités

Toutes les personnes qui participent aux activités de (*insérer le nom de l'autorité scolaire ici*) ont la responsabilité de contribuer à créer et à maintenir un milieu de travail sécuritaire pour eux-mêmes et pour les autres. Il est nécessaire d'avoir des attentes claires pour garantir que tout le monde est informé de ses droits et obligations. Cela permettra au système de santé et sécurité de (*insérer le nom de l'autorité scolaire ici*) de fonctionner de façon efficace.

Tout le monde a le droit de travailler dans un environnement sain et sécuritaire.

En conséquence, (*insérer le nom de l'autorité scolaire ici*) présentera une description claire des rôles et des responsabilités de chacun à tous les niveaux des opérations, incluant le conseil d'administration ou l'autorité, la direction (le directeur ou les administrateurs du système scolaire), les travailleurs, les bénévoles, les agents contractuels et les élèves.

Ces attentes constituent une condition à l'emploi et doivent être suivies.

Responsabilités du conseil d'administration ou de l'autorité

- Fournir un milieu de travail sécuritaire.
- Informer tous les employés de leurs droits et obligations en matière de santé et sécurité au travail.
- S'assurer que le programme de santé et sécurité est créé, qu'il fonctionne et qu'il est maintenu tel qu'il a été prévu en le coordonnant, en y participant et en assurant le contrôle de manière active.
- Mettre en place des politiques et des procédures pour le système de gestion de la santé et de la sécurité.
- S'assurer que les ressources adéquates sont disponibles pour bâtir et implanter ce système avec succès.

Responsabilités des directions d'école et des administrateurs du système scolaire :

- Implanter un programme de santé et sécurité dans leurs établissements.
- Informer tous les employés de leurs droits et obligations en matière de santé et sécurité au travail.

ANNEXE 1 : *Exemple d'une Politique de santé et sécurité au travail et d'un Énoncé des responsabilités*

3/8

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

- Informer les employés de tout risque spécifique de leur lieu de travail ou de la nature de leurs tâches.
- S'assurer que tous les employés s'acquittent de leurs fonctions conformément aux lois en vigueur.
- S'assurer que tous les employés sont informés de tous les aspects du programme de santé et sécurité et qu'ils s'y conforment.
- S'assurer que tous les employés sont compétents en leur fournissant continuellement et en temps voulu la formation adéquate et nécessaire.
- Procéder régulièrement à des inspections et corriger les situations non conformes.
- S'assurer que tous les incidents et incidents évités de justesse sont signalés et soumis à une enquête.
- S'assurer que les appareils et outils sont entretenus de manière appropriée.
- S'assurer que tous les agents contractuels et travailleurs sont informés des attentes de (*insérer le nom de l'autorité scolaire ici*).
- Déterminer les travailleurs en détresse ou en difficulté et s'assurer qu'on s'occupe d'eux de façon appropriée.

Responsabilités des travailleurs

- Connaître tous les aspects du programme de santé et sécurité et s'y conformer.
- Signaler tous les incidents, incidents évités de justesse, blessures, conditions ou gestes dangereux ainsi que les infractions, même mineurs.
- Porter l'ensemble de l'équipement de protection personnelle exigé par les procédures, les règlements ou la politique de travail sécuritaire.
- Prendre toutes les précautions raisonnables afin d'assurer leur propre sécurité, celle des autres travailleurs et des étudiants.
- Refuser d'exécuter un travail dans des conditions dangereuses ou s'ils ne sont pas suffisamment formés pour le faire, conformément à l'article 35 de la Loi *Occupational Health and Safety*.
- Bien connaître l'emplacement et le maniement du matériel de sécurité en cas d'urgence.
- Maîtriser le protocole d'intervention d'urgence.

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

Responsabilités d'un agent contractuel

- Pouvoir donner la preuve qu'il est en règle avec la *Workers' Compensation Board* de l'Alberta et fournir une preuve d'assurance avant d'effectuer un travail sur tout site de (insérer le nom de l'autorité scolaire ici).
- Se conformer à tous les aspects du programme de santé et sécurité de (insérer le nom de l'autorité scolaire ici).
- Prendre au sérieux les risques associés au travail et se protéger, ainsi que les autres, du danger.
- Signaler tous les dangers, incidents évités de justesse, blessures ou incidents survenant pendant qu'il effectue un travail dans un établissement de (insérer le nom de l'autorité scolaire ici).
- Se conformer à toutes les exigences établies par la Loi ayant trait à son travail.

Responsabilités des visiteurs, des parents, des invités et des bénévoles

- S'enregistrer au bureau principal avant de pénétrer dans l'établissement.
- Porter un équipement de protection personnelle lorsqu'on l'exige et se conformer aux instructions et règles de l'établissement.
- Fournir toutes les attestations exigées pour le poste.

Principales exigences de la loi

Obligations des employeurs, des travailleurs, etc.

- 2 – 1) Tout employeur doit assurer, dans les limites où il lui est raisonnablement praticable de le faire :
- a) la santé et la sécurité :
 - (1) des travailleurs participant aux activités de cet employeur et
 - (2) des travailleurs ne participant pas aux activités de cet employeur, mais qui sont présents sur les lieux de travail où ces activités sont poursuivies et
 - b) que les travailleurs se livrant à un travail pour cet employeur sont informés de leurs responsabilités et obligations en vertu de cette loi, des règlements et du code adopté.

ANNEXE 1 : *Exemple d'une Politique de santé et sécurité au travail et d'un Énoncé des responsabilités*

5/8

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

- 2) Tout travailleur doit, alors qu'il se livre à une occupation :
 - a) prendre raisonnablement le soin de protéger sa santé et sa sécurité et celles des autres travailleurs présents pendant qu'il travaille, et
 - b) collaborer avec son employeur pour protéger la santé et la sécurité :
 - (1) du travailleur,
 - (2) des autres travailleurs participant aux activités de cet employeur,
 - (3) des autres travailleurs ne participant pas aux activités de cet employeur, mais qui sont présents sur les lieux de travail où ces activités sont accomplies.
- 3) Chaque fournisseur doit s'assurer, dans les limites où il lui est raisonnablement praticable de le faire, que tous les outils, appareils électroménagers ou appareils qu'il fournit sont en bon état de marche et sécuritaires.
- 4) Chaque fournisseur doit s'assurer que tous les outils, appareils électroménagers, appareils, substances ou matériaux dangereux qu'il fournit sont conformes à la loi, aux règlements et au code adopté.
- 5) Tout entrepreneur qui dirige les activités d'un employeur se livrant à un travail sur un site doit s'assurer, dans les limites où il lui est raisonnablement praticable de le faire, que l'employeur se conforme à la Loi, aux règlements et au code adopté à l'égard de ce lieu de travail.

Entrepreneur principal

- 3 – 1) Tout site de travail doit avoir un entrepreneur principal si plus d'un employeur se livre à un travail sur les lieux en même temps.
- 2) L'entrepreneur principal pour un site de travail est :
 - a) l'entrepreneur, l'employeur ou toute autre personne qui signe un accord avec le propriétaire du site de travail selon lequel il est l'entrepreneur principal;
 - b) le propriétaire du site de travail si aucun accord n'a été fait ou n'est en vigueur.

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

- 3) Si un site de travail doit avoir un entrepreneur principal en vertu de la sous-section 1, cet entrepreneur principal doit garantir, dans les limites où il lui est raisonnablement praticable de le faire, que la Loi et les règlements sont respectés à l'égard de ce site de travail.
- 4) Une des manières par lesquelles un entrepreneur principal, sur un site de travail, peut répondre à l'exigence citée à la sous-section 3 est de faire tout ce qui est raisonnablement praticable pour mettre en place et maintenir un système ou un processus qui garantit le respect de la Loi et des règlements sur ce site de travail.

Obligations multiples

- 4 – 1) Dans cette section, « fonction » signifie la fonction d'entrepreneur principal, d'entrepreneur, d'employeur, de fournisseur ou de travailleur.
- 2) Si une personne cumule plus d'une fonction en vertu de la Loi à l'égard d'un site de travail, cette personne doit répondre aux exigences de chacune de ces fonctions.

Refus de conditions de travail dangereuses

Tous les travailleurs ont une responsabilité établie par la Loi et l'obligation de refuser les conditions de travail dangereuses. Ces dernières sont définies comme suit : une tâche anormale pour un emploi donné ou un danger inhabituel lié à des tâches pour lesquelles une personne a été jugée « compétente » dans le contexte de cet emploi (voir 35 – 2 ci-dessous).

En présence d'un danger imminent

- 35 – 1) Aucun travailleur ne doit :
 - a) effectuer une tâche s'il a un motif raisonnable et plausible de croire qu'il existe un danger imminent pour sa santé ou sa sécurité;
 - b) effectuer une tâche s'il a un motif raisonnable et plausible de croire que cela provoquera un danger imminent pour sa santé ou sa sécurité ou pour celle d'un autre travailleur présent sur les lieux de travail;

ANNEXE 1 : *Exemple d'une Politique de santé et sécurité au travail et d'un Énoncé des responsabilités*

7/8

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

- c) faire fonctionner un outil, un appareil ou de l'équipement s'il a un motif raisonnable et plausible de croire que cela provoquera un danger imminent pour sa santé ou sa sécurité ou pour celle d'un autre travailleur présent sur les lieux de travail.
- 2) Dans cette section, « danger imminent » veut dire, concernant toute occupation :
 - a) un danger anormal en fonction de cette occupation, ou
 - b) un danger pour lequel une personne se livrant à cette occupation cesserait normalement de travailler.
- 3) Un travailleur qui :
 - a) refuse d'effectuer une tâche, ou
 - b) refuse de faire fonctionner un outil, un appareil ou de l'équipement conformément à la sous-section 1 doit, dès que possible, informer son employeur sur les lieux de travail de son refus et du motif de celui-ci.
- 4) Lorsqu'il est informé d'un refus en vertu de la sous-section 3, l'employeur doit :
 - a) enquêter et prendre les mesures nécessaires pour éliminer le danger imminent;
 - b) s'assurer qu'on ne demande à aucun travailleur de faire fonctionner les outils, les appareils ou l'équipement, de les utiliser ou d'effectuer la tâche visée par l'avis signifié par le travailleur en vertu de la sous-section 3, sauf si :
 - (1) le travailleur à qui on le demande n'est pas exposé à un danger imminent,
 - (2) le danger imminent a été éliminé;
 - c) préparer un document écrit portant sur l'avis signifié par le travailleur, l'enquête et les mesures prises s'y rapportant;
 - d) remettre au travailleur ayant signifié l'avis une copie du dossier décrit à la clause c.

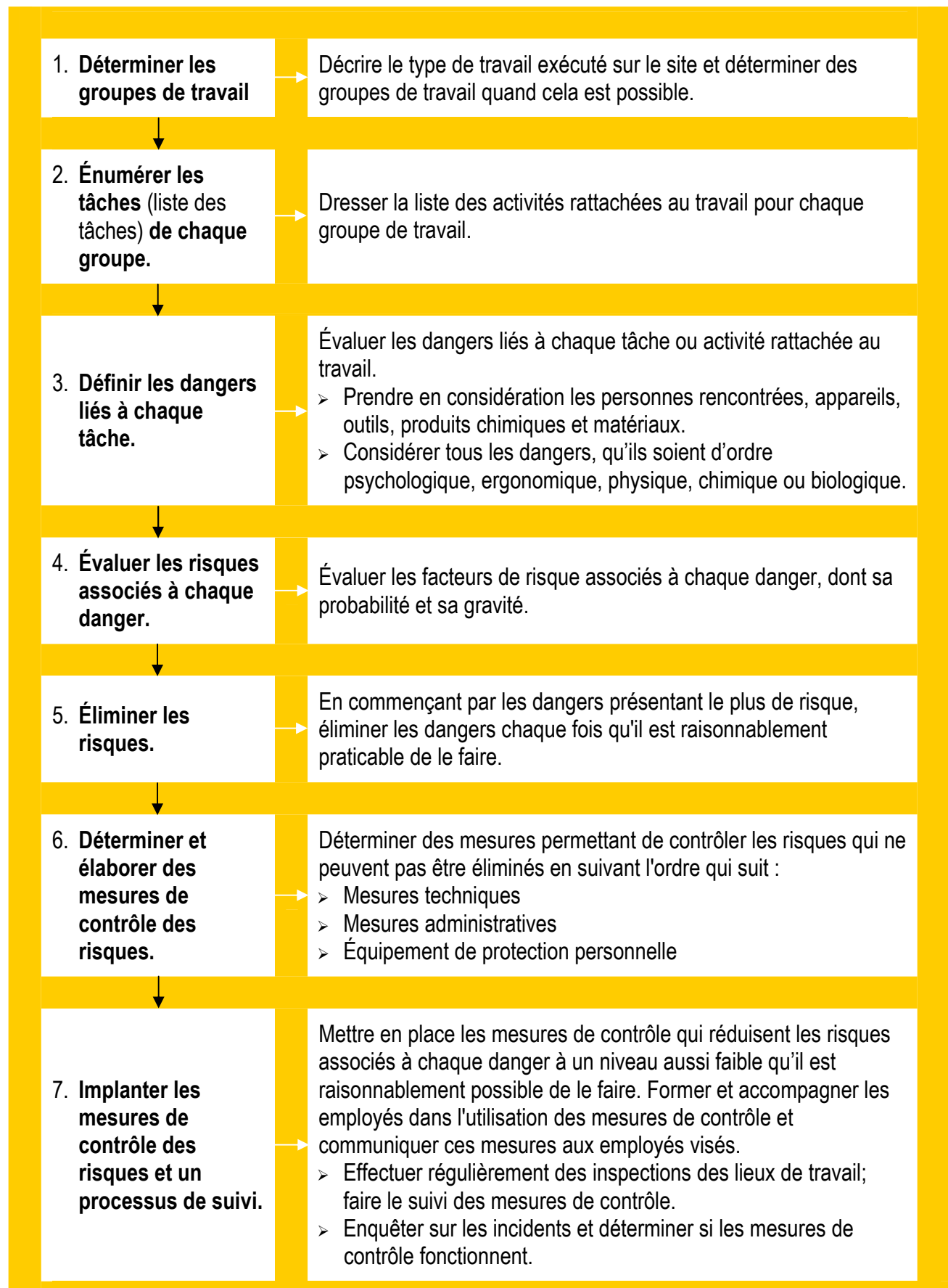
ANNEXE 1 : *Exemple d'une Politique de santé et sécurité au travail et d'un Énoncé des responsabilités*

8/8

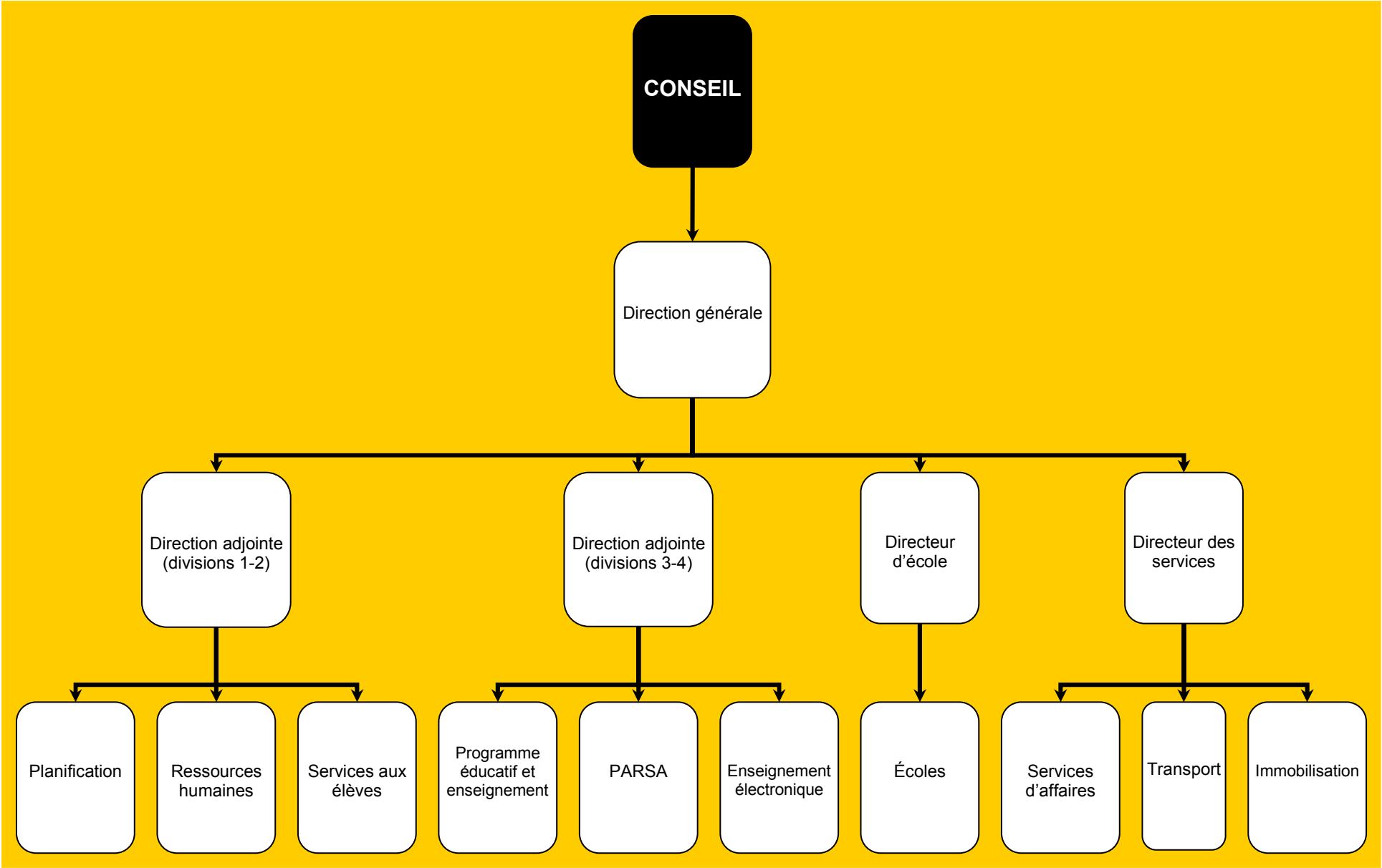
Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

- 5) L'employeur peut imposer au travailleur qui a signifié un avis en vertu de la sous-section 3 de demeurer sur les lieux de travail et peut l'affecter temporairement à d'autres tâches qu'il est raisonnablement capable de remplir.
- 6) Une affectation temporaire confiée en vertu de la sous-section 5 et n'étant pas assortie à une perte de salaire n'est pas considérée comme une mesure disciplinaire au regard de la section 36.
- 7) Un travailleur à qui on remet une copie du dossier en vertu de la sous-section 4 – d et qui est d'avis qu'il existe toujours un danger imminent peut déposer une plainte auprès d'un dirigeant.
- 8) Un dirigeant qui reçoit une plainte en vertu de la sous-section 7 doit préparer un dossier écrit décrivant la plainte du travailleur, l'enquête et les mesures prises s'y rapportant et doit remettre une copie de ce dossier au travailleur.
- 9) Tout travailleur ou tout employeur qui reçoit une copie d'un dossier en vertu de la sous-section 8 peut demander au conseil d'examiner les faits en signifiant un avis d'appel à un directeur de l'inspection dans les 30 jours suivant la date de réception du dossier.
- 10) Après avoir examiné les faits, le conseil peut ordonner :
 - a) le rejet de la demande d'examen ou
 - b) exiger que l'employeur élimine le danger imminent.

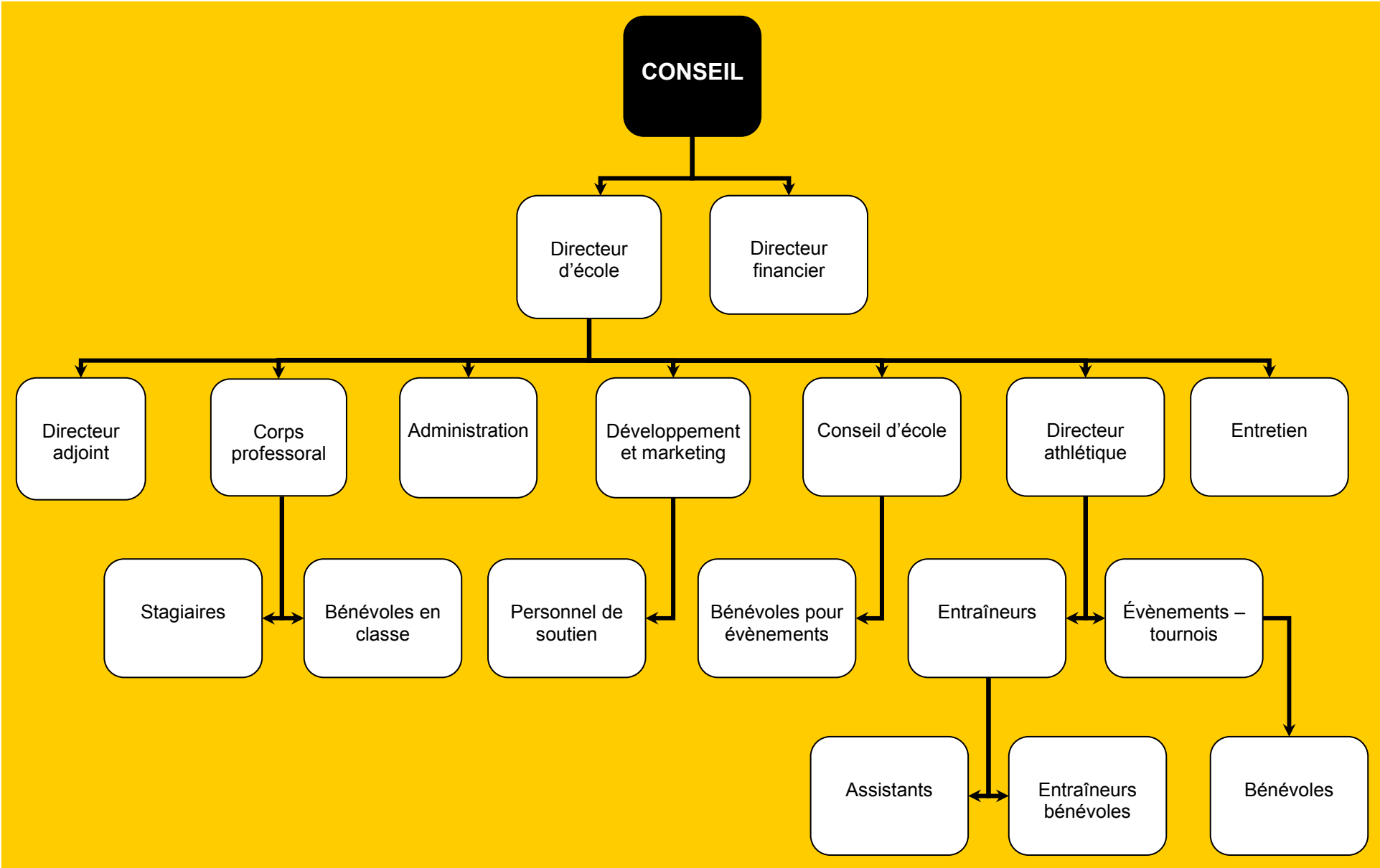
ANNEXE 2 : Processus d'évaluation et de contrôle des risques



ANNEXE 3 : Exemple d'un Organigramme - Juridiction importante



ANNEXE 4 : Exemple d'un Organigramme – École indépendante



ANNEXE 5 : Exemple d'une Description des tâches

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

PRÉPARÉ PAR :	DATE :
SERVICE :	

[illegible]

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

EMPLACEMENT :
DATE :

TYPE DE TRAVAIL : CONCIERGE

1.	Entretenir les planchers et les tapis.
2.	Enlever les déchets et les matières recyclables.
3.	Nettoyer les murs et les meubles à la pression.
4.	Nettoyer et désinfecter les toilettes.
5.	Nettoyer les déversements dangereux, tels que sang et fluides corporels, excréments de souris ou d'oiseau et produits chimiques.
6.	Nettoyer les bureaux, murs, tableaux noirs ou blancs, fenêtres ou vitres, etc.
7.	Changer ou remplacer les ampoules ou carreaux de plafond.
8.	Déplacer les meubles et les appareils.
9.	Monter sur les toits pour vérifier les prises d'air, récupérer les balles, ajuster les drapeaux, changer les ampoules de sécurité.
10.	Inspecter et nettoyer les bâtiments et le terrain.
11.	Tondre la pelouse, entretenir les plates-bandes.
12.	Enlever la neige ou la glace et répandre du sable dans les allées.
13.	Effectuer l'entretien régulier et réparer les appareils électriques.
14.	Contrôler et traiter l'eau des chaudières, rallumer les veilleuses.
15.	Surveiller l'état des bâtiments.
16.	Lubrifier le ventilateur ou les roulements du moteur, remplacer les filtres.
17.	Préparer (démonter) les chaudières en vue d'une inspection.
18.	Procéder à des contrôles de sécurité, verrouiller ou déverrouiller les portes du bâtiment.
19.	Aider à la préparation du budget, préparer les horaires de nettoyage et les évaluations du rendement.
20.	Superviser ou former le personnel d'entretien.
21.	Passer des commandes, maintenir les stocks de fournitures d'entretien.
22.	Obtenir les mises à jour des fiches signalétiques, étiqueter les produits chimiques conformément au SIMDUT.
23.	Préparer les demandes d'entretien ou de service et en faire le suivi.
24.	Surveiller l'usage du bâtiment par la communauté et en faire le contrôle.

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

25.	Assurer la liaison avec les groupes qui louent les locaux, le personnel de l'établissement, les agents contractuels, les agences réglementaires (par ex. : les inspecteurs du service des incendies ou du service d'hygiène).
26.	Recevoir ou aller chercher des fournitures à l'aide de son véhicule personnel et ranger les articles.
27.	Installer ou défaire le matériel de scène, déplacer les tapis ou bâches du gymnase, mettre les bureaux ou les chaises en place pour des événements spéciaux ou des examens.
28.	Changer les filtres et collecteurs de poussière.

ANNEXE 7 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un concierge

1/14

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Responsable de l'entretien, du nettoyage et de la sécurité du bâtiment et du terrain, de l'entretien et du fonctionnement sécuritaire du matériel mécanique et du système de chauffage, de la surveillance du personnel d'entretien dans le bâtiment	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Concierge			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités qui s'y rattachent		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
								Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle	MESURE CORRECTIVE		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations
								Oui	Non		
Nettoyage ou entretien du bâtiment	Entretien des planchers : balayer, passer une vadrouille humide, décaper, cirer, brunir et polir les planchers	Balais, vadrouilles, seaux, brosseuse Risque chimique lié à l'exposition aux produits de nettoyage, tels les décapants, cires, poussières, monoxyde de carbone provenant des machines utilisant le propane et matériaux contenant de l'amiante Glissades ou chutes sur des sols mouillés Bruit et risques électriques provenant des appareils; blessures physiques (foulures ou entorses) dues au déplacement d'objets lourds ou de meubles postures inconfortables (se pencher, se tourner, pousser, tirer, fléchir les poignets, se mettre à genoux sur des sols durs) garde soulèvement et port de seaux vers un évier ou un siphon de sol utilisation de machines mal entretenues	4	3	3	36	Élevé	Fournir des appareils et des outils bien conçus et en bon état Éviter de presser les poignées avec les mains Éviter les mouvements de torsion ou de flexion Fournir des appareils en quantité suffisante pour chaque aile ou étage afin de réduire les distances de transport Fournir des chariots Utiliser un équipement de protection personnelle approuvé (par ex. : gants, appareil respiratoire à cartouche filtrante, masques antipoussière protection oculaire, de l'ouïe et des pieds)			

	Entretien des sols : balayer, passer une vadrouille humide, décaper, cirer et polir les planchers		4	3	4	48	Élevé	Disposer sur place des fiches signalétiques (FS) courantes pour tous les produits chimiques et d'un protocole de travail en vigueur pour le travail en solitaire sur le site Offrir et suivre, selon le cas, une formation SIMDUT et TMD et une formation pour sensibiliser aux dangers de l'amiante Adopter des pratiques de travail sécuritaires relatives à l'amiante Mettre en œuvre un projet de gestion des substances dangereuses et produire un rapport d'étude à jour concernant l'amiante sur place Obtenir une certification pour brunissage au propane (si applicable)			
--	--	--	---	---	---	----	-------	---	--	--	--

ANNEXE 7 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un concierge

3/14

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Responsable de l'entretien, du nettoyage et de la sécurité du bâtiment et du terrain, de l'entretien et du fonctionnement sécuritaire du matériel mécanique et du système de chauffage, de la surveillance du personnel d'entretien dans le bâtiment.	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Concierge			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités qui s'y rattachent		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
								Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle	MESURE CORRECTIVE		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations
									Oui	Non	
Nettoyage ou entretien des bâtiments	Entretien des tapis : nettoyer ou passer l'aspirateur, enlever les taches	Utilisation d'une essoreuse, d'une machine à nettoyer les tapis, soulèvement de meubles, de sacs d'aspirateur, d'aspirateurs verticaux, à chariot ou à dos Postures inconfortables (se pencher, se tourner, pousser, tirer, s'étirer), mouvements répétitifs, exposition à la poussière ou aux moisissures et au bruit	4	3	3	36	Élevé	Alterner avec une autre tâche pour utiliser un groupe de muscles différent Faire des pauses ou des étirements entre les tâches difficiles Utiliser un service de nettoyage de tapis			
	Enlever les déchets et les matières recyclables	Foulures ou entorses dues au transport des sacs ou au soulèvement des chariots ou poubelles dans les conteneurs; postures inconfortables (par ex. : se pencher, se mettre à genoux, s'étirer pour atteindre un objet élevé, soulever des couvercles lourds), glissades ou chutes sur la glace ou des surfaces inégales, blessures aux mains ou aux doigts en cas de glissement du couvercle	4	3	3	36	Élevé	Adopter des pratiques de travail sécuritaires pour le soulèvement ou la manipulation des charges Fournir une aide mécanique pour le transport des charges (un chariot par exemple)			
	Nettoyer les murs et les meubles à la pression	Nettoyeur à haute pression, exposition à des produits chimiques ou dégraissants puissants, blessures aux yeux ou à la peau dues à la pression élevée	1	3	4	12	Moyen	Porter un appareil respiratoire, des gants et une protection oculaire			

	Nettoyer ou désinfecter les toilettes	Désinfectants chimiques, produits de nettoyage des cuvettes à l'acide, produits de nettoyage du verre, grattoirs, sang ou fluides corporels, glissades ou chutes, ventilation inadéquate, fatigue musculaire due à une flexion des poignets et à la torsion des avant-bras pour tordre le matériel à la main, nettoyage vigoureux	4	3	4	48	Élevé	Enlever les produits de nettoyage du site (s'il y a lieu) ou mettre en vigueur une procédure de travail sécuritaire Disposer d'un équipement de protection approprié et le porter			
	Nettoyer les matières dangereuses (par ex. : sang ou fluides corporels, excréments de souris ou d'oiseau, produits chimiques etc.)	Exposition à des produits chimiques, bactéries ou virus dangereux	1	2	4	8	Faible	Établir des procédures concernant la manipulation du sang, des fluides corporels et des Hantavirus sur place Offrir ou suivre, selon le cas, une formation sur les germes pathogènes transmis par le sang			

ANNEXE 7 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un concierge

5/14

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Responsable de l'entretien, du nettoyage et de la sécurité du bâtiment et du terrain, de l'entretien et du fonctionnement sécuritaire du matériel mécanique et du système de chauffage, de la surveillance du personnel d'entretien dans le bâtiment.	ÉVALUATION FAITE PAR :	COMPLÉTÉ LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Concierge			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités qui s'y rattachent		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
								Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle	MESURE CORRECTIVE		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations
									Oui	Non	
Nettoyage ou entretien des bâtiments	Effectuer un nettoyage général : nettoyer les bureaux, murs, tableaux noirs ou blancs, fenêtres ou vitres, etc.	Produits de nettoyage pour tableaux blancs, détersifs neutres et produits de nettoyage pour le verre Postures inconfortables, mouvements répétitifs Travail en hauteur ou sur une échelle (nettoyage de vitres)	4	3	3	36	Élevé	Établir une directive pour le nettoyage des tableaux blancs sur place Établir une directive sur l'emploi sécuritaire des échelles sur place			
	Changer ou remplacer les ampoules ou carreaux de plafond	Amiante, travail en hauteur, échelles, monte-charge Risque d'électrocution	2	2	4	16	Moyen	Établir des procédures de sécurité pour le travail exécuté en hauteur, y compris une procédure pour le travail exécuté sur les toits			
	Déplacer les meubles et les appareils	Tables, bancs, bureaux, armoires, télévisions, paillassons, machines fixées au plancher, etc. Blessures physiques dues à des postures inconfortables, le soulèvement d'objets lourds, un effort extrême, des mouvements répétitifs, la flexion, la torsion, le transport d'objets dans les escaliers, risques pour les mains et les pieds	4	3	3	36	Élevé	Porter des chaussures de protection adéquates Mettre en œuvre des stratégies pour diminuer les charges et la fréquence des manipulations manuelles (par ex. : fournir des chariots)			

	Effectuer des travaux sur les toits : vérifier les prises d'air, récupérer des balles, ajuster les drapeaux, changer les ampoules de sécurité	Chutes d'un endroit haut, d'une échelle ou d'un toit Glissade ou chute sur la glace ou la neige. Accès et sorties difficiles (échelles fixes ou trappes de toit) Postures inconfortables pour le transport de matériel en haut d'échelles	3	2	4	24	Moyen	Suivre les procédures relatives au travail en solitaire Établir un protocole d'enregistrement des arrivées/départs avec le bureau Implanter des pratiques de travail sécuritaires relatives au travail en hauteur			
Entretien des bâtiments ou du terrain	Inspecter et nettoyer le bâtiment ou le terrain	Aiguilles, préservatifs, verre brisé Coupures ou lacérations, sang ou fluides corporels Morsures d'animaux égarés ou piqûres d'insectes Rencontres avec des inconnus menaçants	3	1	4	12	Faible	Disposer d'un équipement de protection et l'utiliser Établir des directives relatives aux maladies transmises par le sang Recevoir une formation sur les germes pathogènes transmis par le sang Suivre le protocole relatif au travail en solitaire			

ANNEXE 7 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un concierge

7/14

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Responsable de l'entretien, du nettoyage et de la sécurité du bâtiment et du terrain, de l'entretien et du fonctionnement sécuritaire du matériel mécanique et du système de chauffage, de la surveillance du personnel d'entretien dans le bâtiment.	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Concierge			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités qui s'y rattachent		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
								Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle	MESURE CORRECTIVE		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations
									Oui	Non	
Entretien du bâtiment ou du terrain	Tondre la pelouse, entretenir les plates-bandes	Tondeuse à gazon, exposition au bruit, aux pesticides, au soleil, aux insectes, se pencher, flexions, se mettre à genoux Risque pour les pieds ou les mains si contact avec des pièces mobiles	2	2	4	16	Moyen	Suivre un mode d'emploi sécuritaire pour les tondeuses à gazon Entreposer l'essence à l'extérieur dans une remise et dans des contenants métalliques approuvés Avoir des procédures écrites pour la distribution de l'essence			
	Enlever la neige ou la glace, épandre du sable dans les allées	Pelles, souffleuses à neige, neige lourde, matières inflammables Soulèvement de poids lourds à répétition, flexions ou postures inconfortables Pousser ou tirer du matériel sur un terrain accidenté Blessures physiques dues à des débris volants ou aux pièces mobiles de la machinerie Fatigue et contraintes de temps, glissades ou chutes, bruit	3	3	4	36	Moyen	Suivre les directives concernant le pelletage et l'utilisation des souffleuses			

	Faire l'entretien régulier des appareils à moteur ou les réparer	Souffleuses, brunnisoirs, tondeuses à gazon, contact avec des pièces mobiles	1	2	4	8	Faible	Envoyer les appareils au service d'entretien de l'établissement pour réparation			
Entretien des installations physiques	Contrôler et traiter l'eau des chaudières, rallumer les veilleuses	Produits chimiques corrosifs ou caustiques, brûlures, températures élevées, amiante, bruit, espaces clos, incendie ou explosions	4	2	4	32	Élevé	Porter un équipement de protection personnelle			
	Contrôler l'état matériel des bâtiments	Exposition à l'amiante, aux moisissures, espaces clos	3	1	3	9	Faible	Assurer la formation et la sensibilisation aux dangers de l'amiante Adopter des pratiques de travail sécuritaires relatives à l'amiante sur le site Produire un rapport d'étude à jour concernant l'amiante sur place			

ANNEXE 7 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un concierge

9/14

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Responsable de l'entretien, du nettoyage et de la sécurité du bâtiment et du terrain, de l'entretien et du fonctionnement sécuritaire du matériel mécanique et du système de chauffage, de la surveillance du personnel d'entretien dans le bâtiment.	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Concierge			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4		
Énumérer les types de travaux et les activités qui s'y rattachent		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A x B x C	Classification du risque	Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle Résumé des mesures de contrôle recommandées	MESURE CORRECTIVE	
									En vigueur	Observations
Entretien des installations physiques	Lubrifier le ventilateur ou les roulements du moteur, remplacer les filtres	Pièces mobiles, espaces clos, poussière, travail en hauteur, échelle, aspirateurs, brosses, filtres, coupures, trébuchements ou chutes	1	2	4	8	Faible	Mettre en place un code de pratique pour le travail en espaces clos	Oui	Non
	Préparer (démonter) les chaudières en vue d'une inspection	Échelles, hauteurs, poussière, espaces clos, eau très chaude, amiante	1	3	4	12	Moyen	Adopter des pratiques de travail sécuritaire relatives aux chaudières à vapeur sur place	Oui	Non
Sécurité	Procéder à des contrôles de sécurité, verrouiller ou déverrouiller les portes du bâtiment Contrôler la sécurité et les systèmes d'alarme de sécurité-incendie	Intrus, rencontres violentes, glissades ou chutes Marcher autour du bâtiment, contrôles à l'intérieur et à l'extérieur, exposition aux éléments si à l'extérieur	4	3	4	48	Élevé	Avoir des procédures écrites relatives au travail en solitaire en vigueur sur le site Effectuer des contrôles de la sécurité à l'intérieur du bâtiment Disposer d'un système de communication en cas d'urgence	Oui	Non
Administration	Aider à la préparation du budget, préparer les horaires de nettoyage et les évaluations du rendement	Stress associé aux exigences du travail	1	1	1	1	Faible	Implanter un programme d'aide aux employés	Oui	Non

	Superviser ou former le personnel d'entretien		1	2	4	8	Faible			
	Passer des commandes, maintenir les stocks de fournitures d'entretien	Utilisation d'un ordinateur, du système STARS, du téléphone	1	1	1	1	Faible			
	Obtenir les mises à jour des FS, étiqueter les produits chimiques conformément au SIMDUT	Utilisation d'un ordinateur et du téléphone pour obtenir les nouvelles FS Exposition possible aux produits chimiques	1	1	4	4	Faible			
	Préparer les demandes d'entretien ou de service ou faire le suivi	Ordinateurs, STARS	3	1	1	3	Faible			

ANNEXE 7 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un concierge

11/14

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Responsable de l'entretien, du nettoyage et de la sécurité du bâtiment et du terrain, de l'entretien et du fonctionnement sécuritaire du matériel mécanique et du système de chauffage, de la surveillance du personnel d'entretien dans le bâtiment.	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GROUPE DE PERSONNEL : Concierge			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4		
Énumérer les types de travaux et les activités qui s'y rattachent		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle Résumé des mesures de contrôle recommandées	MESURE CORRECTIVE	
									En vigueur	
									Oui	Non
Autres	Surveiller ou participer au contrôle de l'usage du bâtiment par la communauté	Travail effectué après les heures normales ou la fin de semaine	2	1	1	2	Faible			
	Assurer la liaison avec les groupes qui louent les locaux, le personnel de l'établissement, les agents contractuels, les agences réglementaires (par ex. : les inspecteurs du service des incendies ou du service d'hygiène)	Visite du bâtiment, marche, discussion, risque de barrière linguistique	3	1	1	3	Faible			
	Recevoir ou aller chercher des fournitures à l'aide de son véhicule personnel, entreposer les articles	Produits de nettoyage ou produits chimiques servant pour la chaudière, essence, soulèvement d'objets lourds Accidents de la route	3	3	3	27	Moyen			

	Installer ou démanteler du matériel de scène, des tapis ou des bâches de gymnase	Disposition des bureaux ou des chaises pour des événements spéciaux ou des examens Soulèvement d'objets lourds, mouvements répétitifs	2	4	3	24	Moyen	Disposer d'appareils mécaniques et de chariots; demander de l'aide au besoin			
	Changer les filtres et collecteurs de poussière	Espaces clos, exposition possible à l'amiante, hauteurs, échelles	1	2	4	8	Faible	Établir des procédures et donner des formations relatives au travail en espaces clos, s'il y a lieu			

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Responsable de l'entretien, du nettoyage et de la sécurité du bâtiment et du terrain, de l'entretien et du fonctionnement sécuritaire du matériel mécanique et du système de chauffage, de la surveillance du personnel d'entretien dans le bâtiment.	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Concierge			

ÉTAPE 5

Revoir l'évaluation et la présenter au personnel affecté à ces tâches
(Dresser ci-dessous la liste des employés et leur demander de parapher le document.)

ÉTAPE 6

Revoir l'évaluation sur une base annuelle et la mettre à jour au besoin

- 1) **Le type de travail** donne une description générale du travail effectué.
(Par ex. : travail de bureau, préparation des salles de classe, nettoyage)
Les activités rattachées au travail sont les activités particulières effectuées dans le cadre de chaque type de travail, décrites par un verbe d'action (par ex. : faire fonctionner une machine de bureau, utiliser un ordinateur, préparer les cours, passer l'aspirateur).
- 2) **Les risques** peuvent être déterminés de plusieurs façons, dont l'expérience personnelle ou l'intuition, les observations physiques, l'analyse des tâches ou des fonctions ou les enquêtes sur un incident.
- 3) **Mesures techniques** : C'est la méthode à privilégier, car elle réduit l'exposition en enlevant la source de risque ou en l'isolant du travailleur. Des exemples de mesures techniques sont l'élimination, la ventilation, le remplacement, la modification, la mise en place de dispositifs de sécurité, les enceintes, l'automatisation et l'aide mécanique.
- 4) **Mesures administratives** : Il s'agit de méthodes permettant de réduire la probabilité d'une exposition en changeant le moment où une tâche est effectuée ou la façon de travailler (par ex. : par la formation ou l'éducation, des pratiques de travail sécuritaires, des normes concernant les achats, la surveillance, l'affichage, la rotation des postes ou des horaires de travail, l'aménagement, etc.).
- 5) **Équipement de protection personnelle (EPP)** : Il ne doit pas être utilisé comme méthode de contrôle primaire, sauf s'il est impossible d'utiliser les mesures d'ingénierie ou les mesures administratives. Des exemples sont les lunettes et les chaussures de sécurité, les gants, les appareils de protection respiratoire, la protection auditive.
- 6) **Fréquence d'exposition au risque** :
1 = Inférieure à une fois par mois
2 = Au moins une fois par mois
3 = Au moins une fois par semaine
4 = Une fois ou plus par jour
- 7) **Probabilité du risque** : C'est la probabilité que le risque entraîne un incident causant un dommage.
1 = **Peu probable**
2 = **Faible** : peu probable, mais possible une fois tous les 5 à 20 ans
3 = **Occasionnelle** : se produit vraisemblablement une fois tous les 1 à 5 ans
4 = **Probable** : peut se produire une ou plusieurs fois par année
- 8) **Conséquences potentielles** : Elles réfèrent à l'importance de la perte en cas d'évènement dangereux.
1 = **Négligeable** (aucune blessure, premiers soins, dommages limités à la propriété)
2 = **Minime** (blessure mineure ou maladie peu grave qui nécessite certains soins médicaux, mais n'entraîne pas une absence du travail)
3 = **Critique** (blessure occasionnant une absence, handicap temporaire)
4 = **Catastrophique** (blessure ou maladie grave, entraînant un handicap permanent, la mort ou des dommages importants à la propriété)
- 9) **Classification du risque** :
1 à 9 = **Faible risque** : mesures de contrôle minimales
12 à 27 = **Risque moyen** : mise en application de mesures régulières pour minimiser le risque
32 à 64 = **Risque élevé/« tâche essentielle »** : mesures immédiates pour éliminer le risque ou en contrôler l'importance

	10) Les documents ou procédures dont il est question dans cette grille sont disponibles au bureau de Santé et sécurité au travail, Services de soutien aux employés (Occupational Health and Safety, Personnel Support Services).
--	---

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

1/10

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Enseignement aux élèves suivant le <i>Guide de l'éducation</i> et le <i>Teaching Quality Standard</i>	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Enseignant (élémentaire)			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités qui s'y rattachent		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
								Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle	MESURE CORRECTIVE		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations
									Oui	Non	
Planification, préparation et gestion des cours	Mettre à jour ses connaissances sur les matières et définir les objectifs du programme Instaurer les règles et routines de la salle de classe Concevoir des programmes individuels pour les étudiants ayant des besoins particuliers Étudier et planifier le développement des cours, des unités et des élèves	Utilisation des ordinateurs, d'Internet et des ressources disponibles pour les matières, préparation des cours ou travail seul à la maison, après les heures ou les fins de semaine Douleurs oculaires, au cou, aux épaules, aux bras et aux poignets dues à une station assise prolongée, à des mouvements répétitifs, à des postures inconfortables, à un ameublement et des postes de travail mal conçus Transport de sacs et de boîtes de matériel de la maison, du véhicule personnel, des locaux d'entreposage, etc., à la main ou à l'aide de chariots Risque de rencontres violentes avec des intrus si on travaille seul ou dans des endroits isolés de l'école Stress dû aux changements de poste et de niveau de classe, qui peuvent varier d'une année à l'autre; intégration des enfants en difficulté	1	2	3	6	Faible	1. Petites pauses : passer régulièrement de la station debout à la position assise 2. Procédures relatives au travail en solitaire pour le personnel de l'école (incluant les procédures de sécurité et de verrouillage des portes); affichage des attentes relatives au comportement des parents et des élèves 3. Programme d'aide aux employés (EAP) 4. Pratiques de travail sécuritaires pour le soulèvement ou la manipulation des charges 5. Utilisation d'une aide mécanique (chariot) pour le transport des charges			

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

2/10

								6. Révision de la liste de contrôle de sécurité relative à l'utilisation des échelles 7. Liste de vérification d'une inspection de base en santé et sécurité 8. Couverture de moins de 20 % de la surface des murs ou des plafonds pour les illustrations et le matériel didactique			
	Préparer le matériel et les présentations utilisés en classe	Préparation des devoirs ou autres travaux à l'ordinateur, photocopieurs, machines à plastifier, massicots, ciseaux, classeurs, escabeaux, étagères, etc. Chute d'un escabeau ou d'un échafaudage improvisé tels que boîtes, chaises ou bureaux Foulures et entorses dues au déplacement de bureaux et de chaises ou au transport de livres depuis les salles auxiliaires Blessures dues à un ameublement instable, à un espace de rangement limité ou à des aires de travail encombrées Coupures et ecchymoses dues à des bureaux et à des armoires aux rebords acérés, à des étagères ou de l'équipement AV instables, au matériel mal fixé, mal empilé ou saillant Risques d'incendie causés par les projets d'art des élèves, le matériel didactique et autres matériaux combustibles	2	3	3	18	Modéré				

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

3/10

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Enseignement aux élèves suivant le <i>Guide de l'éducation</i> et le <i>Teaching Quality Standard</i>	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Enseignant (élémentaire)			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités rattachées		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
								Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle	MESURE CORRECTIVE		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations
								Oui	Non		
Enseignement ordinaire et tutorat en classe	Transmettre l'enseignement à l'aide d'outils et de ressources d'apprentissage variés	Usage de médias imprimés, audio et visuels, de rétroprojecteurs, de tableaux noirs, de tableaux blancs et d'ordinateurs Postures inconfortables, effort musculaire et fatigue dus à l'usage des appareils, à des stations debout prolongées et aux déplacements pour aider les élèves Chutes et faux pas causés par des câbles ou des rallonges Risque de blessure électrique provenant des câbles et des appareils AV Perte de la voix en raison d'une utilisation intensive Exposition à la poussière de craie, aux marqueurs solvants, aux produits de nettoyage pour tableaux blancs, aux impuretés de l'air et aux allergènes provenant des matériaux de construction et des occupants ainsi que des activités de nettoyage, d'entretien ou de rénovations (par ex. : amiante et moisissures, produits de nettoyage, parfums, émissions de gaz d'échappement de propane)	4	4	3	48	Élevé	9. Utilisation d'un tapis anti-fatigue ou des semelles coussinées 10. Précautions avec le matériel électrique 11. Système de son FM pour amplifier la voix 12. Suggestions pour l'amélioration de la qualité de l'air ambiant 13. Procédures relatives au sang et aux fluides corporels 14. Programme de vaccination contre la grippe 15. Signalement immédiat de tout incident de violence en milieu de travail			

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

4/10

		Températures, degré d'humidité et odeurs désagréables, éclairage et ventilation insuffisants Risque d'exposition à des maladies transmissibles (virus, bactéries, poux, etc.) et de contact avec des animaux nuisibles (par ex. : souris, fourmis, mouches) Stress dû au nombre d'élèves dans les classes, aux ressources et à l'espace limités, aux barrières linguistiques entre l'enseignant, les élèves et leurs parents et à l'intégration des élèves en difficulté (soutien limité) Violence physique ou verbale des élèves Blessures dues à un ameublement instable, à des rebords acérés, à un espace de rangement limité ou à des aires de travail encombrées Coupures et ecchymoses dues à des bureaux et à des armoires aux rebords acérés, à des étagères ou de l'équipement AV instables, au matériel mal fixé, mal empilé ou saillant								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

5/10

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Enseignement aux élèves suivant le <i>Guide de l'éducation</i> et le <i>Teaching Quality Standard</i>	ÉVALUATION FAITE PAR :	REMPLI LE :
GROUPE DE PERSONNEL: Enseignant (élémentaire)			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités rattachées		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
								Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle	MESURE CORRECTIVE		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations
									Oui	Non	
Éducation physique	Faire la démonstration des activités physiques et superviser les élèves à l'intérieur et à l'extérieur; observer ceux qui utilisent le matériel	Exposition au bruit fort des sifflets et des activités des élèves Risque de blessures (par ex. : ecchymoses, lacérations, foulures et entorses, blessures au dos ou dues à un effort extrême) Exposition au sang et aux fluides corporels provenant des blessures des élèves	3	3	3	27	Modéré	16. Protection auditive 17. Formation en premiers soins 18. Voir le n° 13 19. Directives de sécurité relatives aux activités physiques dans les écoles de l'Alberta (nov. 2003)			
	Installer, démonter et inspecter différents appareils de gymnase	Foulures et entorses dues au soulèvement, au transport et au déplacement d'appareils de gymnastique lourds et peu maniables, de tapis, de bancs, de filets de volley-ball, etc. Blessures dues à la défaillance d'un appareil monté au mur (par ex. : filet de sécurité, mur d'escalade, etc.) Exposition au soleil et aux animaux nuisibles (abeilles, guêpes) au cours des activités extérieures et des tournois	1	3	3	9	Faible	20. <i>L'anaphylaxie : Guide à l'intention des commissions et conseils scolaires</i> (Santé Canada) 21. Procédures générales de prudence au soleil			

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

6/10

Programmes de musique	Installer le matériel et les instruments Installer les estrades pour les rencontres Nettoyer les flûtes	Foulures et entorses causées par le déplacement des pianos, le soulèvement et le transport des instruments et de l'équipement audio vers les étagères, le déplacement des tables, bancs et estrades Surfaces inégales, faux pas et chutes dans les escaliers et les estrades Exposition aux produits chimiques utilisés pour nettoyer et désinfecter les instruments et embouchures	3	2	3	18	Modéré	22. Voir le n° 4 23. Entreposage des instruments les plus lourds sur des étagères à un niveau se situant entre la hauteur des mains et celle des épaules 24. Fiches signalétiques pour tous les produits chimiques			
	Donner les cours de musique	Utilisation des instruments de rythmique, flûtes, piano Fatigue de la voix (chanter, parler) Risque d'exposition au bruit des instruments Fatigue musculaire causée par les mouvements répétitifs des mains et des bras (en dirigeant, par exemple) et en déplaçant des instruments lourds Postures inconfortables en travaillant au sol avec les élèves les plus jeunes	4	2	4	32	Modéré	25. Tests de mesure du bruit et protection auditive approuvée par la CSA si les niveaux dépassent la limite d'exposition en milieu de travail			

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

7/10

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Enseignement aux élèves suivant le <i>Guide de l'éducation</i> et le <i>Teaching Quality Standard</i>	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GROUPE DE PERSONNEL : Enseignant (élémentaire)			

ÉTAPE 1			ÉTAPE 2		ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités rattachées			Dresser la liste des types ou sources de dangers existants		Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
										Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle		MESURE CORRECTIVE	
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations		
									Oui	Non			
Évaluation des élèves	Corriger les tests et devoirs Entrer les données dans l'ordinateur	Ordinateurs, station assise prolongée, travail effectué après les heures et la fin de semaine au travail ou à la maison, lecture prolongée, fatigue musculaire et visuelle	3	2	2	12	Modéré	26. Voir les n ^{os} 1, 2, 3, 11					
	Préparer les rapports d'étape et bulletins	Douleurs oculaires, au cou, aux épaules, aux bras et aux poignets dues à une station assise prolongée, aux mouvements répétitifs, à des postures inconfortables, à un ameublement et à des postes de travail mal conçus Fatigue et stress causés par le nombre élevé d'heures de travail et la diminution des temps libres ou des activités familiales	1	3	3	9	Faible						

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

8/10

Communications avec les intervenants	Organiser des réunions avec les parents et les élèves Assurer la liaison avec les services sociaux, les conseils scolaires, les collègues, les conseillers, les prestataires de soins de santé, l'ESHIP (Edmonton Student Health Integrated Partnership), etc.	Usage du téléphone, courrier électronique, agendas des élèves, entrevues Risque de violence verbale et menaces de mauvais traitements Appels des parents au domicile des enseignants après les heures normales de travail (en colère ou pour les menacer)	3	2	3	18	Modéré	27. Formation en intervention non violente en cas de crise 28. Voir les n ^{os} 2 et 3			
Autres	Administer les premiers secours et médicaments pour des cas mineurs	Contact possible avec le sang ou les fluides corporels, aiguilles, Épipen	2	1	4	8	Faible	29. Consultation des directives concernant les médicaments destinés aux élèves. Voir les n ^{os} 13 et 14			
	Participer à des activités extrascolaires ou à des événements spéciaux (danse, chorale, bingo, casino), entraîner, faire du bénévolat Transporter le matériel de classe	Risque de blessures dues aux activités et aux appareils Accidents de la route liés à l'usage d'un véhicule personnel ou de l'école pour assister à des événements ou transporter des élèves Exposition à la fumée secondaire et au bruit Exposition aux intempéries	1	2	4	8	Faible	30. Conduite défensive			

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

9/10

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Enseignement aux élèves suivant le <i>Guide de l'éducation</i> et le <i>Teaching Quality Standard</i>	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GRUPE DE PERSONNEL : Enseignant (élémentaire)			

ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3					ÉTAPE 4			
Énumérer les types de travaux et les activités rattachées		Dresser la liste des types ou sources de dangers existants	Évaluer le risque et classer en ordre de priorité					Élaborer et implanter des mesures de contrôle des risques			
								Mesures techniques Mesures administratives Équipement de protection personnelle	MESURE CORRECTIVE		
Type de travail	Tâches ou activités connexes	Environnement, outils, matériel, personnes Types de risques : physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux	A : Fréquence d'exposition	B : Probabilité du risque	C : Conséquences potentielles	Niveau de risque : A × B × C	Classification du risque	Résumé des mesures de contrôle recommandées	En vigueur		Observations
									Oui	Non	
Autres	Surveiller les récréations à l'extérieur, la cafétéria, les activités avant ou après les cours, les excursions	Températures extrêmes, exposition au soleil, insectes, faux pas et chutes sur sols glissants ou accidentés, brûlures provenant de fours à micro-ondes	3	2	3	18	Modéré	31. Affichage d'un bulletin sur l'utilisation sécuritaire du micro-ondes			
	Entrer dans les bâtiments ou en sortir, déverrouiller les portes, armer ou désarmer les systèmes de sécurité	Risque de rencontres violentes avec des personnes ou des animaux Glissades et chutes sur la neige, la glace ou les surfaces accidentées Espaces de stationnement situés loin de l'entrée	4	4	4	64	Élevé	32. Voir les n ^{os} 2 et 27			
	Aider à l'organisation de réunions et d'événements spéciaux	Déplacement et transport d'objets lourds : matériel de scène, chaises, pianos, écrans Postures inconfortables, foulures et entorses, blessures aux pieds, échardes	2	2	3	12	Modéré	33. Voir les n ^{os} 4 et 5			
	Discipliner les élèves ou maîtriser des élèves violents	Violence verbale et blessures dues à des élèves ou parents violents (coups, coups de pieds, morsures) Contact possible avec le sang ou les fluides corporels	4	3	4	48	Élevé	34. Voir les n ^{os} 2, 13 et 27			
	Recueillir et conserver l'argent des élèves pour les excursions, les frais spéciaux, etc.	Risque de vol	2	1	4	16	Modéré	35. Procédures de prévention des vols (voir le guide de conformité concernant le travail en solitaire)			

ANNEXE 8 : Exemple d'un formulaire d'évaluation et de contrôle des risques pour un enseignant

10/10

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION : Enseignement aux élèves suivant le <i>Guide de l'éducation</i> et le <i>Teaching Quality Standard</i>	ÉVALUATION FAITE PAR :	REPLI LE :
GROUPE DE PERSONNEL : Enseignant (élémentaire)			

ÉTAPE 5

Revoir l'évaluation et la présenter au personnel affecté à ces tâches
(Dresser ci-dessous la liste des employés et leur demander de parapher le document.)

- 1) **Le type de travail** donne une description générale du travail effectué.
(Par ex. : travail de bureau, préparation des salles de classe, nettoyage)
Les activités rattachées au travail sont les activités particulières effectuées dans le cadre de chaque type de travail, décrites par un verbe d'action (par ex. : faire fonctionner une machine de bureau, utiliser un ordinateur, préparer les cours, passer l'aspirateur).
- 2) **Les risques** peuvent être déterminés de plusieurs façons, dont l'expérience personnelle ou l'intuition, les observations physiques, l'analyse des tâches ou des fonctions ou les enquêtes sur un incident.
- 3) **Mesures techniques** : C'est la méthode à privilégier, car elle réduit le risque en enlevant l'exposition ou en isolant ce risque du travailleur. Des exemples de mesures techniques sont l'élimination, la ventilation, le remplacement, la modification, la mise en place de dispositifs de sécurité, les enceintes, l'automatisation et l'aide mécanique.
- 4) **Mesures administratives** : Il s'agit de méthodes permettant de réduire la probabilité d'une exposition en changeant le moment où une tâche est effectuée ou la façon de travailler (par ex. : par la formation ou l'éducation, des pratiques de travail sécuritaires, des normes concernant les achats, la surveillance, l'affichage, la rotation des postes ou des horaires de travail, l'aménagement, etc.).
- 5) **Équipement de protection personnelle (EPP)** : Il ne doit pas être utilisé comme méthode de contrôle primaire, sauf s'il est impossible d'utiliser les mesures techniques ou les mesures administratives. Des exemples sont les lunettes et les chaussures de sécurité, les gants, les appareils de protection respiratoire, la protection auditive.
- 6) **Fréquence d'exposition au risque** :
1 = Inférieure à une fois par mois
2 = Au moins une fois par mois
3 = Au moins une fois par semaine
4 = Une fois ou plus par jour
- 7) **Probabilité du risque** : C'est la probabilité que le risque entraîne un incident causant un dommage.
1 = **Peu probable**
2 = **Faible** : peu probable, mais possible une fois tous les 5 à 20 ans
3 = **Occasionnelle** : se produit vraisemblablement une fois tous les 1 à 5 ans
4 = **Probable** : peut se produire une ou plusieurs fois par année
- 8) **Conséquences potentielles** : Elles réfèrent à l'importance de la perte en cas d'événement dangereux.
1 = **Négligeable** (aucune blessure ou premiers soins; dommages limités à la propriété)
2 = **Minime** (blessure mineure ou maladie peu grave qui nécessite certains soins médicaux, mais n'entraîne pas une absence du travail)
3 = **Critique** (blessure occasionnant une absence, handicap temporaire).
4 = **Catastrophique** (blessure ou maladie grave, entraînant un handicap permanent, la mort ou des dommages importants à la propriété)
- 9) **Classification du risque** :
1 à 9 = **Risque faible** : mesures de contrôle minimales
12 à 27 = **Risque modéré** : mise en application de mesures régulières pour minimiser le risque
32 à 64 = **Risque élevé« tâche essentielle »** : mesures immédiates pour éliminer le risque ou en contrôler l'importance
- 10) Les documents ou procédures dont il est question dans cette grille sont disponibles au bureau de Santé et sécurité au travail, Services de soutien aux employés (Occupational Health and Safety, Personnel Support Services).

ANNEXE 9 : Formulaire d'évaluation et de contrôle des risques

ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	EMPLOI OU SOMMAIRE DE LA FONCTION :	ÉVALUATION FAITE PAR :	COMPLÉTÉ LE :
GROUPE DE PERSONNEL :			

[illegible]

ANNEXE 10 : *Exemple d'un* Formulaire de rapport sur les situations comportant un risque

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :	
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :	

EMPLACEMENT DU RISQUE :	
NOM :	DATE :
MATÉRIEL :	
Description du risque :	
Mesure corrective proposée :	
SIGNATURE DU TRAVAILLEUR :	
Remarques du superviseur :	
Mesure corrective prise :	
NOM ET SIGNATURE DU SUPERVISEUR :	DATE :

ANNEXE 11 : *Exemple d'une* Liste de contrôle de l'orientation des employés en santé et sécurité

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

NOM :	DATE :
POSTE :	EMPLACEMENT :

Éléments d'orientation	Terminé	Initiales	
Politique de santé et sécurité	☐		
Rôles et responsabilités	☐		
Règles générales	☐		
Risques propres au poste	☐		
Formation en santé et sécurité	☐		
Inspections/Audits	☐		
Refus de conditions de travail dangereuses	☐		
Signalement des incidents et enquêtes	☐		
Procédures d'intervention d'urgence	☐		

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES	Terminé	Initiales	
Personnes à contacter en cas d'urgence	☐		
Emplacement de l'ÉPP	☐		
Emplacement du matériel de premiers soins et d'urgence	☐		

Questions :
Commentaires :
Notes :

NOM ET SIGNATURE DU SUPERVISEUR :	DATE :
NOM ET SIGNATURE DU TRAVAILLEUR :	DATE :
DATE PRÉVUE DU SUIVI DE L'ORIENTATION :	

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

EMPLACEMENT :	
INSPECTÉ PAR (EMPLOYÉ) :	DATE :

ÉLÉMENTS INSPECTÉS

Indice de priorité : 1. Danger imminent 2. Sérieux 3. Sans gravité 4. Acceptable 5. Sans objet (S.O.)

Section A : Glissades, faux pas et chutes	Oui/Non		Priorité	Observations
Les corridors et salles de classe sont-ils exempts d'obstacles pour les piétons?				
Les allées des salles de classe sont-elles libres de débris et d'obstacles?				
Les câbles (de téléphone ou électriques) sont-ils maintenus hors des allées et des aires de travail?				
Des substances ont-elles été répandues sans être nettoyées?				
Le personnel dispose-t-il d'escabeaux pour grimper et poser des décorations?				
Les escabeaux sont-ils en bon état?				
SECTION B : Chute d'objets	Oui/Non		Priorité	Observations
Le matériel se trouvant dans les salles de classe est-il rangé de façon à ce qu'il ne puisse pas tomber?				
Les étagères et armoires sont-elles utilisées normalement, sans être surchargées?				
SECTION C : Électricité	Oui/Non		Priorité	Observations
Les câbles électriques sont-ils isolés?				
Les connecteurs sont-ils munis de broches de mise à la terre?				
Les couvercles et plaques de couvercles sont-ils en place?				
Les appareils et les lampes sont-ils exempts de connexions desserrées?				
Les panneaux électriques sont-ils étiquetés et maintenus fermés?				
Les prises sont-elles exemptes de surcharge?				

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

EMPLACEMENT :	
INSPECTÉ PAR (EMPLOYÉ) :	DATE :

ÉLÉMENTS INSPECTÉS				
Indice de priorité : 1. Danger imminent 2. Sérieux 3. Sans gravité 4. Acceptable 5. Sans objet (S.O.)				
Section D – Prévention des incendies	Oui/Non		Priorité	Observations
Les liquides inflammables, s'ils sont disponibles, sont-ils entreposés dans des contenants approuvés?				
Les déchets sont-ils éliminés de façon appropriée?				
Les appareils sont-ils éteints à la fin de la journée?				
Les employés sont-ils au courant des procédures d'évacuation?				
Les enseignes de sortie visibles de votre porte sont-elles toutes allumées?				
Si des appareils de chauffage personnels, des plaques électriques ou des cafetières électriques sont utilisés, sont-ils placés à distance des matières inflammables ou combustibles et à l'écart des personnes?				
SECTION E – Premiers soins et mesures d'intervention d'urgence	Oui/Non		Priorité	Observations
Êtes-vous informé du plan d'intervention d'urgence?				
Savez-vous où les trousses de premiers soins sont rangées?				
Savez-vous où les stations de lavage oculaire sont situées?				
Le matériel et les sorties d'urgence sont-ils libres de tout obstacle?				

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

EMPLACEMENT :	
INSPECTÉ PAR (EMPLOYÉ) :	DATE :

ÉLÉMENTS INSPECTÉS			
<i>Indice de priorité : 1. Danger imminent 2. Sérieux 3. Sans gravité 4. Acceptable 5. Sans objet (S.O.)</i>			
SECTION F – Divers	Oui/Non	Priorité	Observations
La salle de classe est-elle sécuritaire en ce qui concerne les risques d'écorchure (rebords ou coins de meubles acérés ou accessoires fixés aux murs)?			
Les allées et corridors sont-ils exempts de virages sans visibilité?			
L'éclairage est-il adapté et suffisant?			
Les écrans d'ordinateur sont-ils positionnés correctement (aucun éblouissement)?			
Les postes de travail d'ordinateur sont-ils équipés d'appui-poignets?			
Le personnel a-t-il accès à la politique de santé et sécurité?			
Avez-vous d'autres préoccupations concernant votre milieu de travail en général?			

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

EMPLACEMENT :	
INSPECTÉ PAR (EMPLOYÉ) :	DATE :

RÉSUMÉ DES MESURES CORRECTIVES (À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION)

Description de la lacune	Mesure corrective	Personne responsable	Échéance	Rempli le :

REVUE PAR LA DIRECTION ET SIGNATURE

NOM :	TITRE :
SIGNATURE :	DATE :

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :	
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :	
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :	

LIEU OÙ S'EST DÉROULÉ L'INCIDENT :	
NOM DU TRAVAILLEUR :	DATE DE L'INCIDENT :
POSTE :	HEURE DE L'INCIDENT :
TÉLÉPHONE :	DATE DE LA DÉCLARATION :
Devant témoin : Oui ☐ Non ☐	
Si OUI, énumérer les témoins et soumettre leur déclaration :	
Type d'incident :	
Incident évité de justesse ☐ Dommages à la propriété ☐ Environnement/Déversement ☐	
Blessure (premiers soins, soins médicaux, absence) ☐ Autre ☐	
Y a-t-il eu blessure? Oui ☐ Non ☐	
Si OUI, décrire la blessure (type et emplacement) et soumettre la fiche de premiers soins et les formulaires de la WCB :	
Description de l'incident (y compris les événements l'ayant causé) :	
Mesures prises immédiatement :	
Suggestions afin d'éviter que cet incident ne se reproduise :	
SIGNATURE :	DATE :
SIGNATURE DU DIRECTEUR :	DATE :

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

Lieu où s'est déroulé l'incident :	
NOM DU TRAVAILLEUR :	DATE DE L'INCIDENT :
POSTE :	HEURE DE L'INCIDENT :
TÉLÉPHONE :	DATE DE LA DÉCLARATION :
Devant témoin : Oui ☐ Non ☐	
Si OUI, énumérer les témoins et soumettre leurs déclarations :	
Type d'incident :	
Incident évité de justesse ☐	Dommages à la propriété ☐ Environnement/Déversement ☐
Blessure (premiers soins, soins médicaux, absence) ☐	Autre ☐
Y a-t-il eu blessure? Oui ☐ Non ☐	
Inscrire le nom, le poste et l'expérience du travailleur blessé :	
Décrire la blessure (type et emplacement) et soumettre la fiche de premiers soins et les formulaires de la WCB :	
Description de l'incident (y compris les événements l'ayant causé) :	

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE/NUMÉRO :

Causes directes ou immédiates (gestes ou conditions non conformes aux normes) :		
Causes indirectes ou sous-jacentes (facteurs personnels ou liés à la tâche) :		
Mesures prises immédiatement :		
Mesures correctives recommandées :	Par qui	Rempli le

Enquête menée par :	SIGNATURE :	DATE :
OBSERVATIONS :		
Revu par :	SIGNATURE :	DATE :
OBSERVATIONS :		
Statut : TERMINÉ ☐ À SURVEILLER ☐ NÉCESSITE UNE POURSUITE DE L'ENQUÊTE ☐		

ANNEXE 16 : Exemple d'une Fiche de premiers soins

Logo du conseil scolaire ici	ÉCOLE OU SITE DE TRAVAIL :
	ADRESSE/VILLE/CODE POSTAL :
	NOM/NUMÉRO DE LA PERSONNE-RESSOURCE :

Information concernant l'employé	
NOM DE FAMILLE :	PRÉNOM :
LIEU DE TRAVAIL :	NOM DU SERVICE :
	N° DE TÉLÉPHONE DU SERVICE :

Information sur l'incident et la blessure subie par l'employé (à remplir par l'employé)					
Date de l'incident, de la blessure :	Année : _____	Mois : _____	Jour : _____	Heure : _____	Matin ou après-midi : _____
Date de la déclaration au superviseur :	Année : _____	Mois : _____	Jour : _____	Heure : _____	Matin ou après-midi : _____
Description de la blessure ou de la maladie :					
Lieu où la blessure ou la maladie est survenue ou a commencé :					
Cause de la blessure ou de la maladie :					

Information sur les premiers soins (à remplir par le secouriste)		
A-t-on administré les premiers soins? Oui ☐ Non ☐ Si OUI, remplir la section suivante.		
Description des premiers soins prodigués :		
Secouriste n° 1 :	SIGNATURE :	DATE :
Formation :	Soins d'urgence ☐	Secourisme général ☐ Secourisme avancé ☐
Secouriste n° 2 :	SIGNATURE :	DATE :
Formation :	Soins d'urgence ☐	Secourisme général ☐ Secourisme avancé ☐
Secouriste n° 3 :	SIGNATURE :	DATE :
Formation :	Soins d'urgence ☐	Secourisme général ☐ Secourisme avancé ☐

Cette fiche doit être conservée dans le dossier de l'employé pour une durée minimale de trois ans à partir de la date de la blessure ou de la maladie.

Employer's Report

of Injury or Occupational Disease

MARCH 2008

Important Information

How soon should you report injuries to WCB?

- As soon as possible. Research shows the longer the delay in reporting and managing an injury, the higher the claim costs. If you fail to report an injury within 72 hours after receiving notice or knowledge of the injury, you may be penalized up to \$25,000.
- Complete and send the attached *Employer's Report* to WCB or if you are a current eLink user report online at www.wcb.ab.ca.
- Provide a copy of the first aid record to your employee.

What injuries should you report to WCB?

- Work-related injuries that cause (or are likely to cause) your employee to be off work beyond the day of the injury.
- Injuries that require modified work beyond the day of the injury.
- Injuries that require medical treatment beyond first aid (e.g., physical therapy, prescription medications, chiropractic).
- Injuries that may result in a permanent disability (e.g., amputations, hearing loss).

What if I have additional information or concerns?

- Send us a letter to help us make a decision about the claim. Check the box in number 4 of the form indicating you have attached a letter. Include names, telephone numbers, and statements of any witnesses.

Important: If you send a letter, please include your employee's name and Social Insurance Number, your company's name, and your signature.

To report an injury

Electronic: Visit *eLink Online Services for Employers* at www.wcb.ab.ca. Request access online or, if you are a current user, log on to our secure connection with your user ID and password.

Fax: 780-427-5863 (Edmonton) or 1-800-661-1993
If you fax the report, do not send another copy by mail.

Phone: 780-498-3999
8 a.m. - 4:30 p.m. Monday through Friday

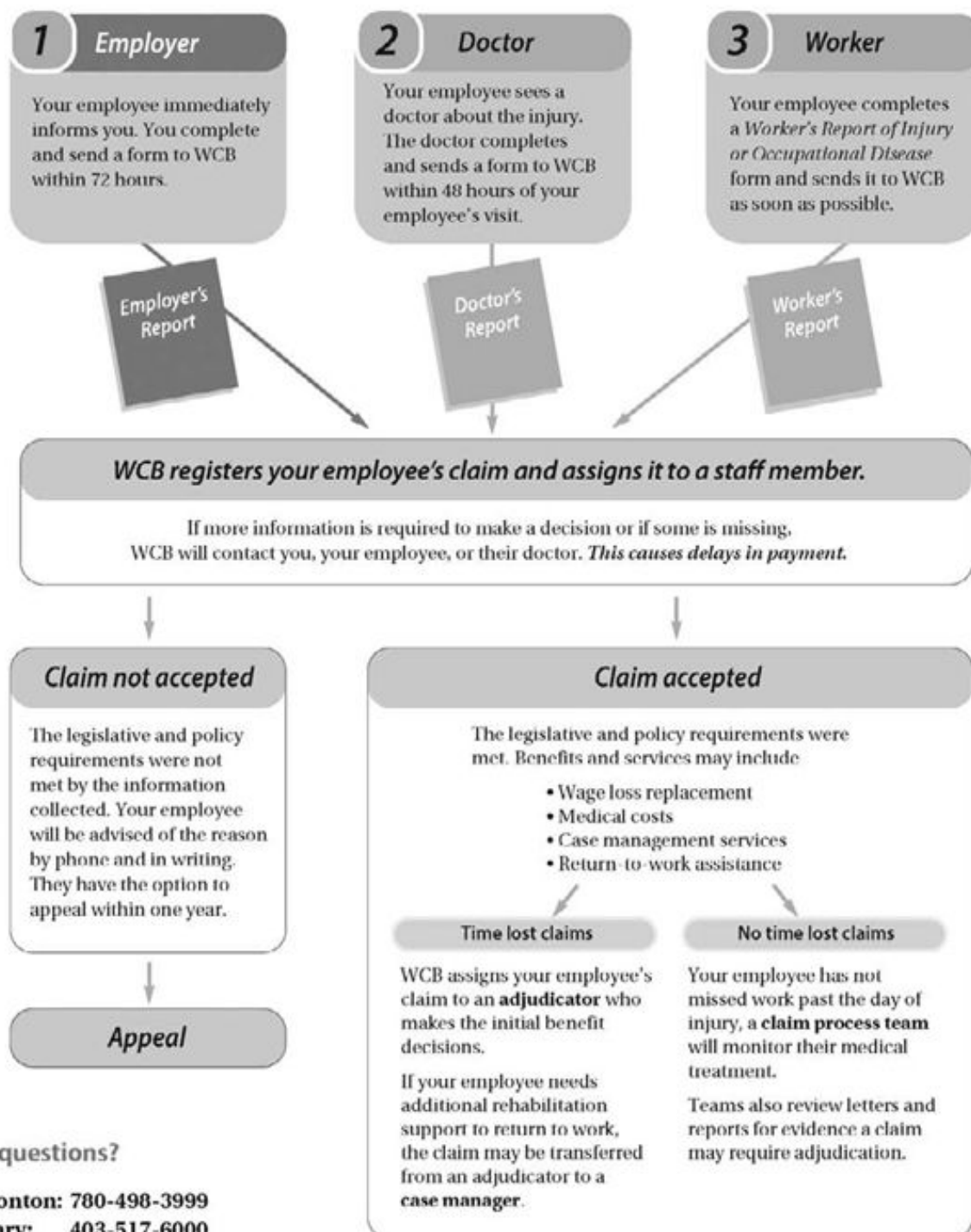
Mail to: WCB, PO Box 2415
Edmonton AB T5J 2S5

Any questions?

Edmonton: 780-498-3999
Calgary: 403-517-6000
Toll Free in Alberta: 1-866-922-9221
Toll Free outside Alberta: 1-800-661-9608

WCB Workers' Compensation Board
Alberta

What happens when your employee is injured at work?



Any questions?

Edmonton: 780-498-3999
Calgary: 403-517-6000
Toll Free: 1-866-922-9221

Employer's Report Instructions

The numbers refer to question numbers on the form that may require additional explanation.

If you are unclear or need assistance completing this form, call 780-498-3999.

Claim Number

Please provide the seven digit claim number if available.

Claim Type

Time Lost (TL)

Check this box if your employee is off work past the day of the injury. (Complete both pages of the form.)

Modified Work

Check this box if your employee's duties have changed because of the injury. Modified work includes a change in duties, job, hours, or amount of work. If your employee is on modified work beyond the day of the accident, the injury must be reported to WCB even if there is no time lost or loss of earnings. (Complete both pages of the form.)

No Time Lost (NTL)

Check this box if your employee will not miss work beyond the day of the injury. (Complete the first page only of the form.)

Worker Information

Please provide as much information as possible.

Employer Information

Employer contact

Provide the contact name and number of the person in your company managing your employee's claim and return to work.

Injury or Occupational Disease Information

1 Date & time of injury

If the injury/condition or occupational disease developed over a period of time, indicate the date you first became aware of the injury.

2 When was someone notified of the injury?

Name the person, position and contact information.

3 Location of accident

This information may be needed to determine:

- whether your employee was performing duties in the course of employment, *OR*
- whether the injury occurred due to the negligence of another party.

Provide a street address, if possible, indicate the location (e.g., 25 km east of Edmonton on Highway 16, an oil rig site). If it is a motor vehicle accident, include the direction of travel.

4 Describe what happened to cause the injury

Include typical actions and how often they are repeated on the job (e.g., twisting, typing, pushing, and pulling). If there is any lifting, indicate the weight.

If you need more space than the area provided, please attach a letter.

Example:

Bob walked into our walk-in cooler to get a 50 lb. sack of potatoes. He bent down and picked up the sack, turned to his right to leave. He felt a pull in his lower back and dropped the potatoes on his right foot, also injuring his right foot.

Call the customer contact centre 780-498-3999 or 1-866-922-9221 if you are reporting one of the following:

1. Repetitive strain injury

For example, a typist developed tendonitis in the wrist as a result of job duties. Describe fully what job duties are done each day. Include the time spent at each task.

2. Occupational disease

Describe hearing loss, respiratory problems, etc. due to prolonged exposure to gas, chemicals, loud noises, etc.

3. Motor vehicle accident

Send us a copy of the police report, when available.

8 Physical Demands of the job

Sedentary

- Lifting 10 lbs maximum
- Occasional lifting/carrying
- Primarily sitting, with occasional walking/standing

Light

- Lifting 20 lbs maximum
- Frequent lifting/carrying up to 10 lbs
- May require walking/standing to a significant degree
- May involve sitting with pushing and pulling of arm and/or leg controls

Medium

- Lifting 50 lbs maximum
- Frequent lifting/carrying up to 20 lbs
- May involve sitting with pushing and pulling of arm and/or leg controls

Heavy

- Lifting 100 lbs maximum
- Frequent lifting/carrying up to 50 lbs

Very Heavy

- Occasional lifting in excess of 100 lbs
- Frequent lifting/carrying excess of 50 lbs

Reference: The Canadian Classification and Dictionary of Occupations

Page **2** of form

Please fill in your employee's name, Social Insurance Number, and date of birth at the top of the second page in case the pages get separated.

Time Lost/Return to Work Information

- 10** Please fill out all of the information that applies.

Type of Employment

- 11** Complete one of the following A or B or C

- **Complete A** if your employee works for you 12 months per year.
- **Complete B** if your employee works only part of the year, even though you may call him/her back to work each year. To correctly set the amount of compensation, we need to know the total number of days or months per year you would employ someone doing the same job as the injured employee, even if the work period starts and ends several times.
- **Complete C** if the injured person is a contractor, subcontractor, or does piecework. They must send detailed income and expense information.

Wage Information

- 12** b. Additional taxable benefits

Vacation and statutory holiday pay

Please indicate if your employee is paid holiday and stat pay as an additional percentage on their paycheck (therefore must take these days off without pay) or, these days are included as days off with pay.

Shift premiums

Complete if your employee receives pay in addition to the regular rate of pay (e.g., 50¢ paid per hour for night shift). If your employee receives more than one shift premium (e.g., night premium, weekend premium), complete both shift premium boxes. Attach a list if you have three or more shift premiums.

Regular overtime

Complete only if your employee works regular overtime throughout the year.

Other

Use this if your employee gets any other taxable benefits (e.g., permanent accommodation, company car, northern living allowance).

- 13** a. Gross earnings

Provide the gross earnings for your employee for the one year period prior to the injury (less if they have not worked a full year).

Example:

Your employee was injured on June 4, 2007. Provide gross earnings for the period June 4, 2006 to June 3, 2007. A T4 slip for the previous year is not sufficient. If employment lasts less than one year or worked on a seasonal or casual basis, provide the total gross earnings for the entire period worked prior to the injury.

b. Time missed from work without pay

These are periods your employee missed because of work shutdown, maternity leave, or sick leave without pay. Do not include vacation periods.

Hours of Work

- 14** a. Number of Hours

Indicate the regular hours of work, not including overtime periods.

b. Does work schedule repeat?

If No:

Report the average number of hours worked per week during the year prior to the injury. DO NOT COMPLETE THE WORK SCHEDULE.

If Yes:

Mark the number of hours worked per day in each of the boxes. Put zero for days off. Explain any codes you use in the boxes (for example, N=night, W=weekends, D=days, E=evenings). We need to know at what point in this work schedule your employee was injured to determine the compensation to pay.

See example below.

OR:

If the work schedule longer than **21 calendar days**, attach a copy of the schedule. Circle the day on this work schedule that your employee was injured.

Example: Your employee worked 8-hour days in the first week and 8-hour nights in the second and third weeks. Your employee was injured on the Wednesday of the second week and was off work for 2 days (Thursday and Friday). Your employee would be paid WCB benefits for 2 days.

	Sun	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat
Hours per day:	8D	8D	8D	8D	0	0	0
Hours per day:	8N	8N	8N	8N	8N	8N	0
Hours per day:	8N	8N	8N	8N	8N	0	0

Important: Circle the day in the work schedule your employee was injured.

ANNEXE 17 : Exemple d'un Rapport de l'employeur à la Workers' Compensation Board

5/6



Workers' Compensation Board
Alberta

P.O. BOX 2415
EDMONTON AB T6J 2S5
Phone: 780-498-3999 (in Edmonton)
1-866-922-9221 (toll free in Alberta)
1-800-661-9608 (outside Alberta)
Fax: 780-427-5863 or 1-800-661-1993

March 2008

EMPLOYER'S REPORT of Injury or Occupational Disease C040

Seven Digit Claim #:

Claim Type

☐ Time Lost ☐ Modified Work ☐ Fatality

Complete entire report if claim type is one of the above

☐ No Time Lost (Notice of non-disabling injury/illness)

Complete first page only

Worker Information

Last Name:		Former Name: (e.g., maiden name)		First Name:		Initial:	
Address:			Apt #:		Social Insurance #:		
City:	Province:	Postal Code:		Health Care #:		Province:	
Daytime Phone:	Evening Phone:		Date of Birth:		(Year / Month / Day)		Sex: ☐ M ☐ F
Occupation:				Apprentice: ☐ Yes ☐ No			

Employer Information

Business Name or Government Department:		WCB Account Number:		Industry:	
		Does the injured worker have WCB personal coverage with this business? ☐ Yes ☐ No			
Mailing Address:		Is injured worker a proprietor, partner or director in this business? ☐ Yes ☐ No			
City:		Employer/Supervisor Contact Name:			
Province:	Postal Code:	Phone:			
Phone:	Fax:	E-mail Address:			

Injury or Occupational Disease Information

- Date and time of injury: (Year / Month / Day) Time: ☐ a.m. ☐ p.m. ☐ This condition developed over a period of time.
- Scheduled hours of employment on the day of accident: From: To:
- When was someone at your business notified of the injury? (Year / Month / Day) Time: ☐ a.m. ☐ p.m.
- Name of person and their position: Position:
- Did the injury occur on employer's premises? ☐ Yes ☐ No Did injury occur in Alberta? ☐ Yes ☐ No
- Location where the accident happened (address or general location):
- Describe fully, based on the information you have, what happened to cause this injury or disease. Please describe what the worker was doing, including details about any tools, equipment, materials, etc. the worker was using. State any gas, chemicals or extreme temperatures worker may have been exposed to:
- If you have more information, please attach a letter. Letter attached? ☐ Yes ☐ No
- What part of body injured? (hand, eye, back, lungs, etc.) ☐ Left side ☐ Right side
- What type of injury is this? (sprain, strain, bruise, etc.)
- Were the worker's actions at the time of injury for the purpose of your business? ☐ Yes ☐ No
- Were the actions part of the worker's regular duties? ☐ Yes ☐ No
- Check the box that best describes the physical demands of the regular duties: ☐ Sedentary ☐ Light ☐ Medium ☐ Heavy ☐ Very Heavy
(See detailed description on page 2 of attached instructions)
- Indicate type of aid provided: ☐ First aid ☐ Medical aid (Name of treating healthcare professional/hospital): ☐ None

Was a copy of this report given to the injured worker as per the Workers' Compensation Act? ☐ Yes ☐ No ☐ Worker declined it

Employer's Signature:

Date: (Year / Month / Day)

(for office use only)



C 0 4 0 C-040 REV 04/13/2006

If you have any other information that would help us make a decision, or if you have concerns, please attach a letter.
THIS DOCUMENT MAY BE EXAMINED BY ANY PERSON WITH A DIRECT INTEREST IN A CLAIM THAT IS UNDER REVIEW OR APPEAL.

Page 1 of 2

ANNEXE 17 : Exemple d'un Rapport de l'employeur à la Workers' Compensation Board

6/6

EMPLOYER'S REPORT

Page 2 of 2

Worker's Last Name:	Worker's First Name:	Initial:
Social Insurance #:	Date of Birth: (Year / Month / Day)	

Lost Time/Return to Work Information

10 a. Date and time worker first missed work: (Year / Month / Day) Time: ☐ a.m. ☐ p.m.

b. Will/did you pay the worker while off work? ☐ Yes ☐ No

If yes, will/did you pay: ☐ Pre-accident rate of pay and hours of work ☐ Other Rate: \$_____ per _____, or Number of hours: _____ per _____, or gross amount: \$_____

For the period from: (Year / Month / Day) to (Year / Month / Day)

c. If the worker has returned to work indicate date: (Year / Month / Day) Time: ☐ a.m. ☐ p.m.

Check: ☐ Regular work duties, or ☐ Modified work duties ☐ Regular hours of work, or ☐ Modified hours of work _____ hrs per _____

☐ Pre-accident rate of pay, or ☐ Revised rate of pay \$_____ per _____

d. If the worker is not back at work are you able to modify work duties/hours to accommodate an early return? ☐ Yes ☐ No ☐ Was offered but the worker declined

Type of Employment (Complete A or B or C)

11 **A** ☐ Permanent position employed 12 months of the year: ☐ Full-time ☐ Part-time

or **B** ☐ Non-permanent position employed only part of the year (subject to seasonal or lack of work layoffs):

☐ Seasonal worker ☐ Temporary position ☐ Casual as needed ☐ Volunteer ☐ Summer student

Had this injury not occurred the worker's last day of employment would have been: (Year / Month / Day) ☐ Estimated or ☐ Actual

How many months or days per year do you employ people in this position?

or **C** Special employment circumstance: ☐ Contractor/sub contractor ☐ Vehicle owner/operator ☐ Welder owner/operator ☐ Commission

☐ Piece work ☐ Other/self-employed

Does the worker incur expenses to perform the work (materials, tools, etc.)? ☐ Yes ☐ No Will the worker receive a T4? ☐ Yes ☐ No

Note: If you have checked any box in 11C, have the worker submit a detailed income and expense statement.

Wage Information

Date the worker was hired: (Year / Month / Day)

12 a. Worker's rate of pay at time of accident: \$_____ ☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Semi-monthly ☐ Monthly ☐ Other:

b. Additional taxable benefits:

Vacation Pay ☐ Included in rate of pay %: _____ OR ☐ Taken as time off with pay

Stat Holiday Pay ☐ Included in rate of pay %: _____ OR ☐ Taken as time off with pay

Shift Premium # 1 ☐ Amount: \$_____ → Paid per: _____

Shift Premium # 2 ☐ Amount: \$_____ → Paid per: _____

Regular Overtime ☐ Rate: \$_____ → Number of hours: _____ per ☐ Week ☐ Month ☐ Shift cycle

Other ☐ Explain: _____ → Amount: _____ per ☐ Week ☐ Month ☐ Shift cycle

13 a. Gross earnings for the period of one year or date the worker was hired if less than one year: \$_____ from: (Year / Month / Day) (12 months or less prior) to: (Year / Month / Day) (date of injury)

b. Was any time missed from work **without pay** during the above period, excluding vacation? (eg. maternity, sick, work shutdown, WCB benefits) ☐ Yes ☐ No

If yes, number of days: _____ Reason: _____

Hours of Work

14 a. Number of hours (not including overtime): _____ per ☐ Day ☐ Week ☐ Shift cycle ☐ Other:

b. Does the work schedule repeat? ☐ No ☐ Yes → Mark hours worked for one complete work schedule (use zero for days off):

	Sun	Mon	Tues	Wed	Thur	Fri	Sat
Hours per day:							
Hours per day:							
Hours per day:							

Average hours worked per week: _____

c. Date shift cycle commenced: (Year / Month / Day)

IMPORTANT: Circle day of injury. See instructions

or if the worker's schedule is more than 21 days, attach a copy of schedule.

Earnings Information Contact (please print): _____

Phone Number: _____



0-980-REV-MAR-2008

ANNEXE 18 : Exemple d'un Rapport du travailleur à la Workers' Compensation Board

1/3



Workers' Compensation Board
Alberta

P.O. BOX 2415
EDMONTON AB
T5J 2S5

Phone 780-498-3999 (in Edmonton)
1-866-WCB-WCB1 (922-9221) (toll free in Alberta)
Fax (780) 427-5863 or 1-800-661-1993

WORKER'S REPORT of Injury or Occupational Disease

Claim Number

Worker Information

Will you be off work past the day of injury? ☐ Yes ☐ No

Modified duties? ☐ Yes ☐ No

Last Name		First Name		Initial	
Apt#	Address			Social Insurance #	
City	Province			Prov. Health Care #	Prov.
Postal Code	Home Telephone			Date of Birth (Year / Month / Day)	Sex: ☐ M ☐ F
Occupation and Job Title at time of injury				Self employed? ☐ Yes ☐ No	
If yes, account #					

Employer Information

Employer Name or Government Dept.			
Address			Fax
City	Province	Postal Code	Telephone

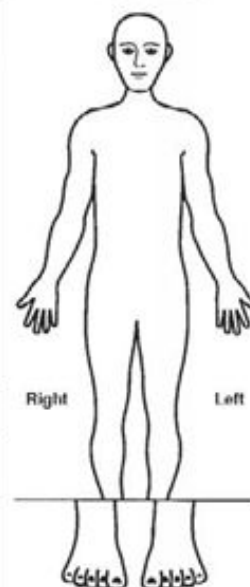
Injury or Occupational Disease Information

- Date and time of injury (Year / Month / Day) Time ☐ am ☐ pm OR Did this condition develop over a period of time? ☐
Hours of employment on the day of accident: From To
- When did you report the injury to your employer? (Year / Month / Day) Supervisor's Name
- To whom did you report the injury? Name Title Telephone
If not reported immediately, give the reason.
- Did the injury occur on your employer's premises? ☐ Yes ☐ No Did the injury occur in Alberta? ☐ Yes ☐ No
Location where accident happened (address or general location.)
- Was the work you were doing for the purpose of your employer's business? ☐ Yes ☐ No If yes, was it part of your usual work? ☐ Yes ☐ No
- What part of your body was injured? ☐ Left side ☐ Right side
- What type of injury is this? (sprain, strain, bruise, etc.)
- Describe fully what happened to cause this injury or disease. Describe what you were doing and include any tools, equipment, materials, etc. you were using. State any gas, chemicals or extreme temperatures you have been exposed to.

If you have any other information or a list of witnesses, attach a letter. Letter attached? ☐ Yes
Add separate page for more description.
- I have you had a similar injury before? ☐ Yes ☐ No If yes, attach a letter with details.
- Have you reported or claimed this injury to another WCB? ☐ Yes ☐ No If yes, which Province or Territory?

Name and address of treating Dr./Hospital

Circle part injured:
Please check: ☐ Front ☐ Back



If your injury is the result of a motor vehicle accident complete the Motor Vehicle Accident Report (L-054).

Complete all three pages and sign the form before sending.



REV JAN 2005

ANNEXE 18 : Exemple d'un Rapport du travailleur à la Workers' Compensation Board

2/3

WORKER'S REPORT

Page 2 of 3

Your Last Name	First Name	Initial
Social Insurance #	Date of Birth (Year / Month / Day)	

Lost Time / Return to Work Information

11 a. Date and time you first missed work (Year / Month / Day) Hour ☐ am ☐ pm

b. If you have returned to work, indicate the date (Year / Month / Day) and time ☐ am ☐ pm ☐ regular work or ☐ modified work

c. If you have not returned to work give the expected return to work date (Year / Month / Day) d. Date you were hired (Year / Month / Day)

e. Is there any other work you can do until you are medically fit to return to your regular job? ☐ Yes ☐ No

Who can we call? Telephone

f. Will your employer pay you for the time you missed work? ☐ Yes ☐ No Provide the exact gross amount \$ per

Type of Employment

FILL IN A OR B OR C

Telephone

12 A ☐ Permanent full time ☐ Permanent part time

B ☐ Seasonal work ☐ Summer student ☐ Irregular / casual ☐ Temporary

Had this injury not happened, what would have been your last day of employment? ☐ Estimated or ☐ Actual (Year / Month / Day)

With this employer how many months per year would this job last?

Did you have any other earnings or income from any other employers during the last 12 months? ☐ Yes • Please attach copies of pay stubs and/or T4 slips

C ☐ Sub Contractor ☐ Piece work ☐ Vehicle Owner/Operator ☐ Welder Owner/Operator ☐ Apprentice

☐ Other or Self Employment – Explain

Note: If you checked any box in 12C, please submit a detailed income and expense statement for the year prior to your date of accident.

Wage Information

13 a. Your rate of pay \$ ☐ hourly ☐ weekly ☐ bi-weekly ☐ monthly ☐ other

b. Additional taxable benefits

Vacation / Stat holiday Pay ☐ % → ☐ Taken as time off with pay ☐ Paid on regular basis

Shift Premium #1 ☐ Amount → Paid per

Shift Premium #2 ☐ Amount → Paid per

Regular Overtime ☐ Rate → Number of hours per ☐ week ☐ month ☐ shift cycle

Other ☐ Explain → Amount per ☐ week ☐ month ☐ shift cycle

c. Do you have a second job? ☐ Yes ☐ No If yes – Employer's Name Telephone

(Second employer may be contacted.)

d. Did you miss time from this job? If yes, please provide earning information and time missed details:

☐ Yes ☐ No

Hours of Work

14 a. Number of hours per ☐ day ☐ week ☐ shift cycle ☐ other

b. Does the work schedule repeat? ☐ Yes → Mark hours worked for one complete work schedule (use zero for days off)

☐ No → Report average hours worked per week

	Sun	Mon	Tues	Wed	Thur	Fri	Sat
Hrs per day							
Hrs per day							
Hrs per day							

c. Date shift cycle commenced (Year / Month / Day)

OR if your schedule is more than 21 days, attach a copy of the schedule. Circle the day the injury occurred on this schedule.

IMPORTANT
Circle day of injury.
See instructions



REV JAN 2005

Complete all three pages and sign the form before sending.

ANNEXE 18 : Exemple d'un Rapport du travailleur à la Workers' Compensation Board

3/3

WORKER'S REPORT

Page 3 of 3

Your Last Name	First Name	Initial
Social Insurance #	Date of Birth	(Year / Month / Day)

Declaration and Consent

I declare that the information in my 'Worker's Report of Injury or Occupational Disease' to the Workers' Compensation Board (WCB) is true and correct. I understand that:

- If I am collecting any benefits, it is my obligation to inform the WCB immediately if I return to work of any kind, become capable of working or if there is any other change in my employment status. Work includes but is not limited to any activity in which labour or services are provided, whether or not payment of any kind is received.
- Criminal prosecution may result from any attempt on my part to collect benefits by providing false information, failing to provide information regarding my ability to work, or other fraudulent means.
- My employer may request a review or appeal of any decisions made on my claim and may therefore examine my claim file. My claim file may also be examined by anyone with a direct interest, as determined by the WCB, or a person or company I have authorized to review my claim file. (To provide authorization, use the 'Worker's Information Release' form in this booklet).
- My social insurance number may be used for reporting to Canada Customs and Revenue Agency.

I consent to WCB collecting any information that it considers relevant to determine benefit entitlement, including information pre-dating my accident, from any source including physicians, other health care providers, employer(s) and vocational rehabilitation service providers. This information is collected to determine my entitlement to compensation under the *Workers' Compensation Act*.

(Year / Month / Day)

Date

Name (please print)

Signature

Signing the above consent enables the Workers' Compensation Board to process your claim.

NOTE: The information required in the Worker's Report is collected under the authority of sections 32 and 36 of the *Workers' Compensation Act* for the purpose of determining entitlement to compensation and for determining employers' premium rates. Questions can be directed to the Customer Contact Centre as noted on the front of this form and on the back of the Worker Handbook. The information provided to the Workers' Compensation Board is protected by the provisions of the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*.

This report form is part of a booklet of information intended to help workers with completing the necessary WCB forms and understanding the process.



REV JAN 2005