

# Saviez-vous que vous pouvez remplir le formulaire 7 en toute sécurité grâce à nos Services en ligne?

**Le formulaire 7 en ligne vous offre un moyen rapide et efficace de gérer vos avis de lésions et maladies professionnelles de la CSPAAT.**

Pour soumettre un formulaire 7 en ligne, visitez notre site [Services en ligne](#). Il suffit de quelques minutes pour vous inscrire et commencer à soumettre immédiatement vos avis en ligne.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à appeler notre Centre de soutien des Services en ligne au 1-866-542-9742, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30.

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

N° de dossier

**A. Renseignements sur le travailleur**

Titre ou poste (au moment de l'accident ou de la maladie - n'utilisez pas d'abréviations)		Depuis combien de temps ce travailleur occupe-t-il ce poste?		Numéro d'assurance sociale	
Indiquez si ce travailleur est : <input type="checkbox"/> dirigeant <input type="checkbox"/> représentant élu <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> conjoint ou parent de l'employeur					
Nom de famille		Prénom		Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Adresse (n°, rue, app.)		Langue préférée du travailleur : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance jj mm aa	
Ville		Province		Code postal	
Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Date d'embauche		Téléphone	

**B. Renseignements sur l'employeur**

Plier ici pour l'enveloppe n° 10

Appellation commerciale et raison sociale (si différentes)		Cochez l'une des cases <input type="checkbox"/> Numéro d'entreprise <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Numéro de compte		Inscrivez le numéro	
Adresse postale		Numéro du groupe de taux		Code d'unité de classification	
Ville		Province		Code postal	
Description des activités		Votre entreprise compte-t-elle 20 travailleurs ou plus? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Télécopieur	
Adresse de l'établissement où le travailleur est en poste (si différente de l'adresse postale - n'utilisez pas d'abréviations)					
Ville		Province		Code postal	
				Autre numéro de téléphone	

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

1. Date et heure de l'accident/ où vous avez eu connaissance de la maladie		jj mm aa		<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
Date et heure déclarées à l'employeur		jj mm aa		<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
2. À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré? (Nom et titre)			Téléphone		
			poste		

3. La lésion est-elle		4. Type d'accident ou de maladie (cochez tous les éléments qui s'appliquent)			
<input type="checkbox"/> un événement soudain et précis?		<input type="checkbox"/> Heurté ou coincé		<input type="checkbox"/> Chute	
<input type="checkbox"/> apparue graduellement?		<input type="checkbox"/> Effort excessif		<input type="checkbox"/> Substance nocive ou agent environnemental	
<input type="checkbox"/> une maladie professionnelle?		<input type="checkbox"/> Mouvement répétitif		<input type="checkbox"/> Agression	
<input type="checkbox"/> un décès?		<input type="checkbox"/> Incendie ou explosion		<input type="checkbox"/> Autre	
				<input type="checkbox"/> Glissade ou trébuchement	
				<input type="checkbox"/> Accident de véhicule automobile	

5. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Haut du dos	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit
<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oeil (yeux)	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oreille(s)		<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Doigt(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orteil(s)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Bas de la jambe	<input type="checkbox"/>		

6. Expliquez comment est survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que le travailleur faisait à ce moment-là (soulevait une boîte de 50 lb, a glissé sur un plancher mouillé, faisait des mouvements répétitifs, etc.). Précisez la nature de la lésion et tout détail sur l'équipement, les matières, les conditions environnementales (aire de travail, température, bruit, produit chimique, gaz, émanations, autre personne) qui pourrait avoir joué un rôle dans l'accident ou la maladie. **Pour des troubles de santé apparus graduellement, veuillez joindre une description des activités physiques requises pour effectuer le travail.**

**Vous pouvez obtenir un guide pour remplir ce formulaire sur le site [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca)**

La forme masculine utilisée dans le présent document désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur

Numéro d'assurance sociale

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

<b>7.</b> L'accident ou la maladie est-il survenu sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)
<b>8.</b> L'accident ou la maladie est-il survenu hors de l'Ontario?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si <b>oui</b> , où? (ville, province, état, pays)
<b>9.</b> Y a-t-il eu des témoins de cet accident ou cette maladie, et d'autres employés y sont-ils mêlés?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si <b>oui</b> , veuillez fournir les noms, titres et numéros de téléphone de ces personnes. 1. _____ 2. _____
<b>10.</b> Y a-t-il quelqu'un qui ne travaille pas pour vous qui soit partiellement ou totalement responsable de cet accident ou maladie?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si <b>oui</b> , veuillez fournir son nom et son numéro de téléphone au travail.
<b>11.</b> Êtes-vous au courant de tout problème, lésion ou troubles de santé semblables ou connexes préexistants?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si <b>oui</b> , veuillez expliquer.
<b>12.</b> Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au présent formulaire.		<input type="checkbox"/> Observations jointes

**D. Soins de santé**

<b>1.</b> Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette lésion?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	jj mm aa	<b>2.</b> Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé?	jj mm aa
Si <b>oui</b> , quand				
<b>3.</b> Où le travailleur a-t-il reçu des soins pour sa lésion? ( <b>Cochez tous les éléments qui s'appliquent.</b> )				
<input type="checkbox"/> Au travail	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Service des urgences	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Cabinet d'un professionnel de la santé
<input type="checkbox"/> Autre				
Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel de la santé qui a soigné ce travailleur ou nom de l'établissement où il a été soigné (si vous le savez)				

**E. Interruption de travail**

**1.** Veuillez cocher l'un des énoncés suivants. **Après le jour de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie, ce travailleur :**

est retourné à son **emploi régulier** et **n'a pas** interrompu son travail ni perdu de gains. (**Remplissez les sections G et J.**)

a accompli un **travail modifié** et **n'a pas** interrompu son travail ni perdu de gains. (**Remplissez les sections F, G et J.**)

a **interrompu son travail** et/ou perdu des gains. (**remplissez TOUTES les sections restantes.**)

Indiquez la date du premier jour de l'interruption de travail      Date où le travailleur est retourné au travail (si vous la connaissez)

Travail régulier  
 Travail modifié

**2.** Ces renseignements sur l'interruption de travail sont confirmés par :

moi-même       une autre personne

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

**F. Retour au travail**

<b>1.</b> Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de ce travailleur?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>2.</b> Avez-vous discuté d'un travail modifié avec ce travailleur?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>3.</b> Avez-vous offert un travail modifié à ce travailleur?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si <b>oui</b> , l'offre a-t-elle été <input type="checkbox"/> Acceptée? <input type="checkbox"/> Refusée?
Si elle a été refusée, veuillez joindre une copie de l'offre écrite présentée au travailleur.						
<b>4.</b> Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail du travailleur?						
<input type="checkbox"/> moi-même	<input type="checkbox"/> une autre personne					
Nom _____		Téléphone _____ poste _____				

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET à l'encre noire.**

Nom du travailleur	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------------------

**G. Renseignements sur le salaire de base et l'emploi** (N'indiquez pas les heures supplémentaires.)

**1. Ce travailleur est : (Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent.)**

<input type="checkbox"/> Permanent à temps plein	<input type="checkbox"/> Occasionnel ou irrégulier	<input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Apprenti autorisé	<input type="checkbox"/> Propriétaire exploitant ou sous-traitant
<input type="checkbox"/> Permanent à temps partiel	<input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier	<input type="checkbox"/> Non rémunéré/stagiaire	<input type="checkbox"/> Assurance facultative	
<input type="checkbox"/> Temporaire à temps plein	<input type="checkbox"/> À contrat	<input type="checkbox"/> Autre		
<input type="checkbox"/> Temporaire à temps partiel				

**2. Taux salarial régulier** \_\_\_\_\_ \$  l'heure  par jour  par semaine  autre \_\_\_\_\_

**H. Renseignements supplémentaires sur le salaire**

**1. Montant ou code de demande nette**    Fédéral \_\_\_\_\_    Provincial \_\_\_\_\_

**2. La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque?**  oui  non    Indiquez le pourcentage \_\_\_\_\_ %

**3. Date et heure du dernier jour de travail**  
jj    mm    aa     matin  après-midi

**4. Heures normales le dernier jour de travail**  
De \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_  matin  après-midi  matin  après-midi

**5. Gains réels pour le dernier jour de travail** \_\_\_\_\_ \$

**6. Gains normaux pour le dernier jour de travail** \_\_\_\_\_ \$

**7. Avance sur le salaire :** Le travailleur est-il payé pendant son rétablissement?  oui  non    Si **oui**, précisez  Plein salaire régulier  Autre \_\_\_\_\_

**8. Autres gains (autres que le salaire régulier) :** Fournissez le **total des gains supplémentaires** pour chacune des quatre semaines précédant l'accident ou la maladie.

\* Pour les travailleurs sur quarts rotatifs : Si le cycle de quarts de travail dépasse quatre semaines, veuillez joindre les renseignements sur les gains du dernier cycle complet de quarts avant la date de l'accident ou de la maladie.

Remplissez les espaces ci-dessous pour tout autre gain (indiquez commission, prime de quart, prime, boni, pourboire, etc.)

Periode	Du (jj/mm/aa)	Au (jj/mm/aa)	Paie des heures supplémentaires obligatoires	Paie des heures supplémentaires volontaires				
Semaine 1			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 2			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 3			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 4			\$	\$	\$	\$	\$	\$

**I. Horaire de travail** (Remplissez **A, B** ou **C**. N'indiquez pas les quarts de travail supplémentaires.)

**(A.) Horaire régulier :** indiquez les heures et jours de travail normaux.    ► **Par exemple :** du lundi au vendredi, 40 heures

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

**ou**

**(B.) Quarts rotatifs répétés** - Indiquez :

LE NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL	LE NOMBRE DE JOURS DE CONGÉS	LE NOMBRE D'HEURES PAR QUART	LE NOMBRE DE SEMAINES PAR CYCLE

**ou**    ► **Par exemple :** 4 jours de travail, 4 jours de congé, 12 heures par quart, 8 semaines par cycle.

**(C.) Horaire varié ou irrégulier** - Fournissez le nombre total d'heures régulières et de quarts pour chaque semaine pendant les quatre semaines précédant l'accident ou la maladie. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)				
Total des heures de travail				
Total des quarts de travail				

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

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire : (en caractères d'imprimerie)	Titre officiel
Signature:	Téléphone    poste    Date:    jj    mm    aa

**EN VERTU DE LA LOI SUR LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, VOUS DEVEZ REMETTRE UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE À VOTRE TRAVAILLEUR.**

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur

Numéro d'assurance sociale

**K. Renseignements supplémentaires**