

A compléter et à envoyer **daté et signé** par courrier électronique à l'adresse : agrh@unige.ch ou par courrier postal à l'adresse suivante :

Université de Genève
Division des ressources humaines
Rue du Général-Dufour 24
Uni Dufour
1211 Genève 4

Nom :	Prénom :
Date de naissance : / /	Téléphone privé :
Faculté/Division/Service/Centre :	
Section/groupe :	Nombre d'heures travaillées par semaine :

Date de l'accident : / /	Heure de l'accident : :
Lieu précis de l'accident :	
Description de l'accident :	
.....	
.....	
Partie(s) et côté(s) du corps atteint(s) :	
Type de blessure(s) :	
Objet – équipement en cause :	
.....	
Appel des services d'urgences : <input type="checkbox"/> 144/15 <input type="checkbox"/> 118/18 <input type="checkbox"/> 117/17 <input type="checkbox"/> 1222 <input type="checkbox"/> Autres :	
Un rapport de police a-t-il été produit ? OUI NON	
Si oui, qui a procédé aux constatations ?.....	
Une autre personne est-elle impliquée dans l'accident ? OUI NON	

Dernier jour de travail AVANT l'accident : / /
Heure de départ du lieu de travail : :
Date et heure du début de l'incapacité de travail : / / à :
Taux d'incapacité :%
Date effective de la reprise du travail : / /
Premiers soins médicaux (nom et adresse du-de la médecin traitant-e) :
.....
Suite des soins médicaux :
.....

Genève, le / /

Signature de la personne accidentée :

Si accident professionnel, signature du-de la supérieur-e hiérarchique :
(signature électronique possible)

Le/la soussigné-e autorise l'assureur LAA compétent à transmettre les renseignements nécessaires, y compris médicaux, aux médecins du service de santé de l'Etat et à la médecine du travail UNIGE à la suite de son accident.