

Nature et siège des blessures	-----
Latéralité de l'agent	Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/>
Tiers en cause	Oui (compléter la page « Événement impliquant un tiers ») Non <input type="checkbox"/>

A -----, le / / A -----, le / /

Signature de l'agent

 (Nom, prénom, fonction, signature et cachet du responsable ou de la collectivité)