

**

***COMPOSITION DU COMITE DE SECURITE***

**Directeur des Ressources Humaines :** Hanane CHAKIR

**Médecin de travail :** Hamid BELARBI

10, Bd Med V - Casablanca -

***REPRESENTANTS DU PERSONNEL***

**Contremaître :** Moustapha HAKIMI

**Ouvrier soigneur :** Bachir BENAYD

**Responsable Magasin :** Mouncef SBAI

******

**Accident survenu le 26 Février**

**A M. Laarbi KHIARI**

**Atelier de Fabrication**

**Déclaration de**

Mlle Fatima LOUTIFI

(Secouriste)

- Contrôle qualité -

Un peu avant 13 heures, alors que j’avais repris mon travail, je me dirigeais vers l’Atelier de Fabrication.

En arrivant dans l’atelier, j’ai aperçu plusieurs personnes regroupées autour de M. KHIARI.

Celui-ci, en effet, était allongé par terre, et saignait abondamment du poignet droit.

Ne connaissant pas les circonstances de l’accident, je me suis empressée d’aller chercher la trousse de secours.

En revenant, j’ai entendu dire que la vitre de la porte sur laquelle M. KHIARI s’était appuyé, s’était brisée.

Je me suis donc approchée de la victime pour lui appliquer un pansement.

Peu de temps après, les ambulanciers sont arrivés et ont transporté M. KHIARI à l’Hôpital IBNROCHD à CASABLANCA.

Fait à Casablanca le 26/02/20XX

FATIMA LOUTIFI



**

**Accident survenu le 26 février**

**A M. Laarbi KHIARI**

**Atelier de Fabrication**

**Déclaration de**

M. Mounir MECHHOUR

Technicien au Service de Sécurité

Ce jour là, divers colis devaient être déplacés. J’ai donc demandé à M. KHIARI d’effectuer ce travail qui devait durer environ 1 heure. Cette décision a été prise à la dernière minute.

M. KHIARI ayant terminé son travail plus tôt que prévu, nous avons décidé de profiter de la pause du déjeuner pour effectuer le déplacement des colis.

Il avait l’habitude de faire ce travail depuis plusieurs années et ce, de façon consciencieuse.

Lorsque je suis arrivé à l’Atelier de Fabrication, j’ai vu Melle Fatima LOUTIFI appliquer un pansement à M. KHIARI qui s’était blessé.

Je suis ensuite allé sur le lieu de l’accident où j’ai vu les débris de verre éparpillés par terre. Je suis retourné à l’atelier et les ambulanciers sont arrivés peu après.

Fait à Casablanca le 26/02/20XX

MOUNIR MECCHOUR

******

**Accident survenu le 26 février**

**A M. Laarbi KHIARI**

**Atelier de Fabrication**

**Déclaration de**

M. Khalid MAKHLOUFI

Ouvrier balayeur

A une heure moins cinq, alors que je revenais à l'atelier, j'ai entendu un cri en direction duquel je me suis précipité. Là, j'ai vu M. KHIARI allongé sur le sol et du sang coulant de son poignet droit. Il était entrain de perdre connaissance.

J’ai appelé «Au Secours» et j’ai couru chercher le Chef d’Atelier (contremaître) M. Moustapha HAKIM.

Je sui revenu avec lui et nous avons trouvé Melle Fatima LOUTIFI en train de lui prodiguer les premiers soins.

Fait à Casablanca le 26/02/20XX

KHALID MAKHLOUFI

***Prise de notes : Ceci est à dicter aux stagiaires***

***Rapport à rédiger et à mettre en forme :***

*1°) Exposé des faits.*

*2°) Les causes : passage étroit, portes vitrées avec poignets défectueuses.*

* *En 2005, M. Laarbi KHIARI a été engagé comme ouvrier transporteur (manutentionnaire), tâche qu'il a effectuée jusqu'à ce jour. Depuis cette date, aucun incident tant en sécurité qu'en qualité de travail n'a été signalé.*

*3°) Les conséquences*

* *Risque d'invalidité partielle.*
* *L'Inspecteur de travail M. ELKORCHI a dressé un P.V. soulignant l'étroitesse du passage vitré qui constitue un obstacle aux allées et retours.*

*4°) Remplir les documents nécessaires (Internes, Inspection du Travail, Assurance,...).*

****

***DECLARATION DE TEMOIN***

*Je soussigné (e), .......................................................................................................*

*demeurant à :.............................................................................................................*

*déclare sur l'honneur avoir assisté à l'accident dont a été victime le nommé :*

*.....................................................................................................................................*

*à la date du :...............................................................................................................*

*Cet accident s'est produit dans les circonstances suivantes :*

*Je confirme que tous les renseignements précités sont rigoureusement exacts*

*En foi de quoi je signe le présent témoignage.*

*FAIT A............................ le ................................*

RELEVE DE SALAIRES

DESTINE AU CALCUL D’UNE RENTE « ACCIDENT DU TRAVAIL »

**(Application Code de la sécurité sociale marocain, Article 243)**

Rémunération de la victime ci-dessous désignée

pendant les 12 mois ayant précédé l’accident

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de l’accident | | | | |
|  | | | | |
| ***NOM******ou******RAISON******Sociale de l’employeur*** ***...................................................................***  ***Adresse.......................................................***  ***...................................................................***  ***..............................................................*** | | | | | | ***NOM de la Victime..........................................***  ***........................................................................***  ***Profession :......................................................***  ***Date d’entrée dans l’Entreprise.........................***  ***........................................................................*** | | | | | |
| ***Cadre à***  ***remplir*** | ***Cie d’Assurance*** | ***A G E N C E*** | | | | | ***Numéro***  ***de***  ***Police*** | | ***Exercice et Numéro du dossier Loi (Délégation)*** |
| ***par***  ***l’Agent*** |  | ***Code*** | | ***Ville*** | | ***Nom de***  ***l’Agent*** |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Période des 12***  ***mois avant l’accident*** | ***Rémunération***  ***reçue par la victime*** | | ***(1) Rémunération d’un travailleur de même catégorie*** | | ***TOTAL*** | ***OBSERVATIONS*** |
|  | ***en espèces*** | ***en nature*** | ***en espèces*** | ***en nature*** |  |  |
| ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU***  ***DU AU*** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **(1) A compléter lorsqu’à la date de l’accident la victime était employée depuis plus d’un an dans l’entreprise.** | ***CERTIFIE CONFORME A NOS LIVRES***  ***(Cachet et Signature de l'Employeur)*** |

**RMA**

Siège Social : 43 Bd, des FAR CASABLANCA-MAROC

TEL : 40.36.94 (8 lignes groupées) - TELEX : 44.758 - FAX : 40.36.95

DECLARATION D’ACCIDENT DU TRAVAIL

(Code de la sécurité sociale marocain)

***A adresser immédiatement à la Compagnie avec le certificat médical de constatation des blessures***

***POLICE N°***

|  |  |
| --- | --- |
| *I - ASSURE*  ***Nom ou Raison sociale....................................................***  ***.......................................................................................***  ***Prénoms..........................................................................***  ***Adresse complète............................................................*** | ***.........................................................................***  ***.........................................................................***  ***.........................................................................***  ***.........................................................................*** |
| *II- VICTIME*  ***NOM..............................................................................***  ***Prénoms..........................................................................***  ***Emploi............................................................................***  ***Nationalité......................................................................***  ***Date et lieu de naissance.................................................***  ***Adresse habituelle...........................................................***  ***Inscrit sur les feuilles de paie depuis le.............................***  ***mensuel fixe de.................***  ***Gagnant un salaire (1) journalier de..........................***  ***horaire de.........................***  ***La victime a cessé le travail le.........................................*** | ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***Nombre d’heures par semaine.................................***  ***..................... à ...................... heures*** |
| *EN CAS DE DECES : SITUATION DE FAMILLE*  ***Célibataire (1)***  ***Marié(e) (1) du (ou des) conjoint***  ***Age| des enfants***  ***Veuf(ve) (1) des ascendants***  ***Divorcé(e) (1)*** | ***...............................................................................***  ***...............................................................................***  ***...............................................................................*** |
| *III - RENSEIGNEMENTS sur L’ACCIDENT*  ***Date - Heure - Lieu précis...............................................*** | ***...............................................................................*** |
| ***L’accident se serait produit dans les circonstances suivantes..............................................................................***  ***.........................................................................................................................................................................***  ***.........................................................................................................................................................................***  *Témoins* ***(noms)...............................................................................................................................................*** | |
| ***Avis de cet accident a été donné à :***  ***(Choisi par le blessé)*** | ***M............................................................................***  ***Médecin à .............................................................*** |

***Fait à................................, le...........................***

***Signature des témoins Signature du Chef d’Entreprise***

***(1) Rayer les mentions inutiles***

**F I C H E D E R E N S E I G N E M E N T (P 1)**

**(à envoyer à l’Inspection du Travail)**

NOM DE LA SOCIETE : ........................................................................................................

ADRESSE : ............................................................................................................................

ACTIVITE : ............................................................................................................................

EFFECTIF DU PERSONNEL : .................................................................................................

SERVICE OU ATELIER OU S’EST PRODUIT L’ACCIDENT : .....................................................

* Rapport sur les causes et les circonstances dont a été victime M. KHIARI.
* Le comité de sécurité a fait l’enquête sur l’accident survenu le ............................................. à ............................... heures.
* Récit de l’accident :

En résumé, l’accident a été occasionné :

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nature des blessures produites par l’accident*** | ***Conséquences*** |
|  |  |

**F I C H E D E R E N S E I G N E M E N T (P 2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Véhicule ou matériel ayant causé l’accident** | **Nature du travail exécuté au moment de l’accident** | **Etat du matériel** | **Circonstances ayant pu favoriser l’accident** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *ETAT CIVIL DE LA VICTIME* | *ANCIENNETE* |
| *NOM..............................................................*  *Prénom...........................................................*  *Age.................................................................*  *Sexe................................................................*  *Nationalité......................................................*  *Profession.......................................................* | *Dans la profession :*  *...........ans ............mois.*  *Dans l’Etablissement :*  *...........ans ............mois.* |

**ACCIDENTS DU TRAVAIL DONT LE TRAVAILLEUR**

**A DEJA ETE VICTIME**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dates** | **Eléments déterminants** | **Durée d’Incapacité** |
|  |  |  |

***Prise de notes : Ceci est à dicter aux stagiaires***

***A la suite de l'accident survenu à M. KHIARI, veuillez faire un rapport :***

***1°) Sur les mesures de sécurité existant dans la société.***

***2°) Sur des propositions de mesures de prévention afin de limiter ce risque de problème.***