# **Template Registre des Accidents du Travail Bénins**

**Entreprise :** **Adresse :** **Responsable du Registre :** **Année :** **Autorisation CPAM n° :**

## **Registre des Accidents Bénins**

| **Date de l'accident** | **Nom du salarié** | **Description de l'accident** | **Nature des soins prodigués** | **Témoins éventuels** | **Mesures prises pour éviter la répétition** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## **Validation du registre**

Nom et signature du responsable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Date : \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_