

## Description de la place de travail

### Gestion des absences

Adresse de l'entreprise:

Interlocuteur dans l'entreprise:

Tél.:

Adresse e-mail:

Nom et prénom de la personne accidentée:

N° de sinistre:

Activité professionnelle de la personne assurée dans l'entreprise avant l'accident:

Formation professionnelle/Formation continue/  
Formation complémentaire (p. ex. examen de cariste):

Description de l'activité (exigences particulières/conditions-cadres):

#### Temps de travail

h/semaine:

Taux d'occupation en %:

Répartition de l'activité (partant de la moyenne en cas de capacité de travail totale):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atelier/préparation du travail: _____ % ou _____ h/jour     | <input type="checkbox"/> Activité assise: _____ % ou _____ h/jour      |
| <input type="checkbox"/> Activité sur des chantiers/montage: _____ % ou _____ h/jour | <input type="checkbox"/> Activité debout: _____ % ou _____ h/jour      |
| <input type="checkbox"/> Bureau/administration: _____ % ou _____ h/jour              | <input type="checkbox"/> Activité en marchant: _____ % ou _____ h/jour |
| <input type="checkbox"/> _____ % ou _____ h/jour                                     |  |

