



**AVIATION OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH REGULATIONS
(SUBSECTION 10.7(2))**

**RÈGLEMENT SUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL (AÉRONEFS)
(PARAGRAPHE 10.7(2))**


Year / Année _____

Employer's Annual Hazardous Occurrence Investigation Report / Rapport annuel de l'employeur concernant les situations comportant des risques

Guide to completion on reverse side / Explications au verso

Employee Identification Number / Numéro d'identification de l'employeur	Address of workplace / Adresse du lieu de travail	Number of disabling injuries / Nombre de blessures invalidantes	Number of deaths / Nombre de décès	Number of minor injuries / Nombre de blessures légères	Number of other hazardous occurrences / Nombre d'autres situations comportant des risques	Total number of employees / Nombre total d'employés	Number of office employees / Nombre d'employés de bureau	Total number of hours worked / Total des heures travaillées

Submitting officer's name and title / Nom et titre de l'auteur du rapport	Signature
Date of submission (yyyy-mm-dd) / Date de présentation (aaaa-mm-jj)	Telephone No. / N° de téléphone

If this address is incorrect, please correct. 

Si cette adresse est inexacte veuillez la corriger

GUIDE TO THE COMPLETION OF THE EMPLOYER'S ANNUAL HAZARDOUS OCCURRENCE REPORT

GENERAL NOTES

1. This report must be submitted not later than March 1 of each year for the 12 month period ending December 31 of the preceding year even if no hazardous occurrence has occurred.
2. A copy of this report must be kept by the employer for two (2) years following its submission.

COMPLETING THE REPORT

1. Please type or print all your information.
2. If the employer's name or Canadian head office address set out on this form is incorrect, please correct.
3. If your report covers any subsidiaries, list them and their location on a separate sheet of paper attached to the report.
4. Explanation of the column headings:

ADDRESS OF WORK PLACE

Enter the address of each of your work places.

If you have more than five work places in any one province and you employ less than 15 employees at each work place, you may group these work places together under a single address in this column. Each address must then be followed by the total number of work places in the grouping.

Example: If you have 10 work places in a province with less than 15 persons in each work place

Employer Name
123 Name of Street
City, Province (10)
Postal Code

NUMBER OF DISABLING INJURIES

Enter the total number of disabling injuries that have occurred in each work place (or group of work places) during the year. If there were none, enter 0.

DISABLING INJURY" means an employment injury or an occupational disease that

- a) prevents an employee from reporting for work or from effectively performing all the duties connected with the employee's regular work on any day subsequent to the day on which the injury or disease occurred, whether or not that subsequent day is a working day for that employee.
- b) results in the loss by an employee of a body member or part thereof or in the complete loss of the usefulness of a body member or part thereof, or
- c) results in the permanent impairment of a body function of an employee.

NUMBER OF DEATHS

Enter the total number of deaths resulting from hazardous occurrences that have occurred in each work place (or group of work places) during the year. If there were none, enter 0.

NUMBER OF MINOR INJURIES

Enter the total number of minor injuries that have occurred in each work place (or group of work places) during the year. If there were none, enter 0.

"MINOR INJURY" means an employment injury or an occupational disease for which medical treatment is provided and excludes a disabling injury.

NUMBER OF OTHER HAZARDOUS OCCURRENCES

Enter the total number of other hazardous occurrences that have occurred in each work place (or group of work places) during the year. If there were none, enter 0.

TOTAL NUMBER OF EMPLOYEES

Enter the total number of employees, including office and casual employees, you have at each work place (or group of work places). In the case of casual or part-time employees, estimate the equivalent number of full time employees, for example, 100 employees employed full-time equals 100 and 10 employees employed half time equals 5. Total for period is 105.

NUMBER OF OFFICE EMPLOYEES

Enter the total number of employees who are classified as office employees (clerks, stenographers, accountants, etc.) in each work place (or group of work places).

TOTAL NUMBER OF HOURS WORKED

Enter the approximate total number of hours worked, including any overtime, by all employees at each work place (or group of work places).

COMMENT REMPLIR LE RAPPORT ANNUEL DE L'EMPLOYEUR CONCERNANT LES SITUATIONS COMPORTANT DES RISQUES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Il faut présenter ce rapport, même si aucune situation comportant des risques ne s'est produite, au plus tard le 1^{er} mars de chaque année, pour la période de 12 mois se terminant le 31 décembre précédent.
2. Un exemplaire du rapport doit être conservé par l'employeur pendant les deux (2) ans suivant la date de sa présentation.

COMMENT REMPLIR LE RAPPORT

1. Veuillez inscrire tous les renseignements à la machine ou en caractères d'imprimerie.
2. Si le nom de l'employeur ou l'adresse de son siège social au Canada diffèrent de ce qui paraît sur ce formulaire, veuillez les corriger.
3. Si votre rapport vise des filiales, veuillez les énumérer, en ayant soin d'indiquer l'endroit où elles se trouvent, sur un feuillet séparé que vous joindrez au rapport.
4. Explication des rubriques:

ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL

Inscrivez l'adresse de chacun des lieux de travail visés.

Si vous comptez plus de cinq lieux de travail dans la même province et moins de 15 employés à chacun d'eux, vous pouvez grouper ces lieux de travail sous une seule adresse. Précisez ensuite le nombre de lieux de travail visés.

Exemple : Si vous comptez 10 lieux de travail dans une province et moins de 15 employés à chaque lieu :

Nom de l'employeur
123 nom de la rue
Ville, Province (10)
Code postal

NOMBRE DE BLESSURE INVALIDANTES

Inscrivez le nombre total de blessures invalidantes qui se sont produites à chaque lieu de travail (ou groupe de lieux de travail) au cours de l'année. Si aucune blessure invalidante ne s'est produite, inscrivez 0.

«BLESSURE INVALIDANTE» blessure au travail ou maladie professionnelle qui, selon le cas :

- a) empêche l'employé de se présenter au travail ou de s'acquitter efficacement de toutes les fonctions liées à son travail habituel le ou les jours suivant celui où il a subi la blessure ou contracté la maladie, qu'il s'agisse ou non de jours ouvrables pour lui;
- b) entraîne chez l'employé la perte d'un membre ou d'une partie d'un membre, ou la perte totale de l'usage d'un membre ou d'une partie d'un membre;
- c) entraîne chez l'employé une altération permanente d'une fonction de l'organisme.

NOMBRE DE DÉCÈS

Inscrivez le nombre total de décès attribuables aux situations comportant des risques qui se sont produites à chaque lieu de travail (ou groupe de lieux de travail) au cours de l'année. Si aucun décès ne s'est produit inscrivez 0.

NOMBRE DE BLESSURES LÉGÈRES

Inscrivez le nombre total de blessure légères qu'ont subies les employés à chaque lieu de travail (ou groupe de lieux de travail) au cours de l'année. Si aucune blessure légère n'a été subie, inscrivez 0.

«BLESSURE LÉGÈRE» toute blessure au travail ou maladie professionnelle, autre qu'une blessure invalidante, qui fait l'objet d'un traitement médical.

NOMBRE D'AUTRES SITUATIONS COMPORTANT DES RISQUES

Inscrivez le nombre total d'autres situations comportant des risques qui se sont produites à chaque lieu de travail (ou groupe de lieux de travail) au cours de l'année. Si aucune situation comportant des risques ne s'est produite, inscrivez 0.

NOMBRE TOTAL D'EMPLOYÉS

Inscrivez le nombre total d'employés, y compris les employés de bureau et les employés occasionnels, que vous comptez à chaque lieu de travail (ou groupe de lieux de travail). Dans le cas des employés occasionnels ou à temps partiel, inscrivez le nombre estimatif équivalent d'employés à plein temps. Ainsi, 100 employés à plein temps plus 10 à mi-temps font un total de 105.

NOMBRE D'EMPLOYÉS DE BUREAU

Inscrivez le nombre total d'employés classifiés comme employés de bureau (commis, sténos, comptables, etc.) à chaque lieu de travail (ou groupe de lieux de travail).

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES

Inscrivez le total approximatif des heures travaillées par tous les employés, y compris les heures supplémentaires, à chaque lieu de travail (ou groupe de lieux de travail).