

PRINTED: 10-10-2026

Vous devez remplir et soumettre le présent formulaire pour obtenir des renseignements relatifs à décision relative à la santé et à la sécurité au travail. Pour en savoir plus sur la communication de renseignements, veuillez contacter la Section de la gestion de l'information au 867-667-5645.

Les renseignements fournis sont recueillis aux fins de l'application de la Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs et en conformité avec celle-ci et la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez communiquer avec la ou le responsable de la protection des renseignements personnels de la CSIT à l'adresse susmentionnée ou en composant le 867-667-5645 ou (sans frais au Yukon) le 1-800-661-0443.

* Je suis

Travailleur

Représentant du travailleur

Employeur

Représentant de l'employeur

Si vous représentez un travailleur/une travailleuse ou un(e) employé(e), vous devez joindre à cette demande le formulaire Autorisation de représentation du travailleur ou de l'employeur, s'il n'a pas déjà été fourni.

Cliquez ici pour accéder au formulaire. Authorization of a Representative form.

Formulaire Autorisation de représentation déjà soumis

Renseignements sur le demandeur

* Prénom

* Nom de famille

Tel qu'il figure sur une pièce d'identité émise par un gouvernement

* Si vous êtes le représentant du travailleur/de la travailleuse ou le représentant de l'employeur, veuillez fournir le nom de l'organisation

* Numéro municipal

* Province/Territoire

* Rue

* Code postal

* Ville/Localité

* Pays

Décisions/ordonnances/sanctions administratives relatives à la santé et à la sécurité au travail

* Renseignements pertinents concernant

Décision relatives à la santé et à la sécurité au travail

Décisions Ordonnances

Sanction administrative

PRINTED: 10-10-2026

Parties nommées dans la décision/l'ordonnance:

* Prénom

* Nom de famille

Prénom

Nom de famille

Prénom

Nom de famille

Prénom

Nom de famille

Prénom

Nom de famille

Numéro d'identification du document si disponible

Autres renseignements (character limit: 1140)

Demande de communication d'informations

Choisissez l'une des options suivantes

par la poste à mon adresse figurant sur ce formulaire

par courriel sécurisé à mon adresse figurant sur ce formulaire

ramassage au 401, rue Strickland, Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8

Vous devrez présenter une pièce d'identité avec photo pour obtenir les documents à notre bureau.

* Nom de la personne (en lettres détachées)

TNuméro de téléphone de la personne (ex: (999)
999-9999)J'autorise la personne suivante à venir chercher
les documents pour moi**Signature, consentement et déclaration**

En cochant cette case, je reconnais que la communication électronique comporte des risques de sécurité inhérents, comme toutes les formes de communication. En dépit des risques inhérents à la communication électronique, je consens à l'utilisation de moyens électroniques pour transmettre et recevoir des renseignements, y compris des renseignements confidentiels et personnels entre la Commission et moi. Ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que la Commission reçoive, par écrit, une demande de révocation.

PRINTED: 10-10-2026

* Nom

* Courriel (ex: you@wcb.yk.ca)

Si vous soumettez un formulaire PDF, veuillez le remplir en utilisant le lien suivant : [File Drop](#)