Commission scolaire
Pierre-Neveu
525, rue de la Madone
Mont-Laurier (Québec) J9L 1S4
Téléphone: (819) 623-4114
www.cspn.qc.ca

Réservé à la secrétaire ou à la direction :

Sans perte de temps (pas d'absence au-delà de la journée) ☐
Avec perte de temps (arrêt de travail recommandé par un médecin) ☐
L'employé a quitté avec un formulaire d'assignation temporaire ☐

SECTION 1 POUR IDENTIFICATION
SECTION 2 CASES À COCHER POUR DÉTAILLER
SECTION 3 POUR LE DESCRIPTIF DE L'ÉVÉNEMENT

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DU FORMULAIRE ET REMETTRE AU SECRÉTARIAT OU AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

FORMULAIRE DE DÉCLARATION : ACCIDENT, INCIDENT OU SITUATION À RISQUE

SECTION 1 : IDENTIFICATION

Nom et prénom : **Âge:**
Emploi occupé : **Établissement :**
Date événement : **Heure :** **Lieu :**

Personne(s) impliquée(s) dans l'événement, s'il y a lieu:

Élève ☐ Parent ☐ Visiteur ☐ Employé ☐
Nom de la personne impliquée :
Sexe : F ☐ M ☐ Âge : _____
Témoins:
Soins médicaux ☐ Ambulance ☐ Police ☐ Intervenant ☐

SECTION 2 : NATURE DE L'ÉVÉNEMENT

AGENT CAUSAL: Poussière ☐ Odeur ☐ Ergonomie ☐ Infiltration/dégât d'eau ☐
Arbre dangereux ☐ Élève désorganisé ☐

Agression ☐ Chute, glissade ☐ Faux mouvement ☐ Machine, outils ☐
Intervention physique ☐ Effort excessif ☐ Jeux, sport ☐ Produit chimique ☐
(contention) Collision mobilier/objet ☐ Mouvement répétitif ☐ Véhicule ☐
Violence verbale ☐ Corps étranger ☐
Stress ☐ Violence écrite (ex. médias sociaux) ☐ Autre:

Si requis partie(s) du corps touchée(s) Précisez le côté affecté : Gauche ☐ Droit ☐
Tête ☐ Œil ☐ Cou ☐ Épaule ☐ Bras/avant-bras ☐ Coude/poignet ☐
Dos ☐ Hanche ☐ Cuisse ☐ Jambe ☐ Pieds/orteils ☐ Mains/doigts ☐

SECTION 3 : DESCRIPTION DE L'ACCIDENT, DE L'INCIDENT, DE LA SITUATION À RISQUE OU DU DOMMAGE MATÉRIEL

Dans les situations impliquant une mesure de contention d'un élève ou une agression de la part d'un élève, Veuillez compléter les informations dans le logiciel de plaintes (violence/Intimidation).

Si dommage matériel, estimation des coûts $: _____

Avez-vous des suggestions afin d'éviter qu'un événement semblable survienne dans le futur?

Date de la déclaration au supérieur immédiat : **Heure de la déclaration :**
Signature de l'employé : **Date :**

SECTION 4 : RÉSERVÉ AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

Date de la réception du formulaire par l'employé : _____
Avez-vous rencontré l'employé? Oui ☐ Non ☐ Si oui, quand? _____
Quelles sont les mesures correctives immédiates qui ont été prises suite à l'événement ?

Y a-t-il des mesures correctives ultérieures à prendre suite à l'événement ?

Nom du supérieur immédiat:
Signature : **Date :**

Envoyer le formulaire par courriel à invalidite@cspn.qc.ca ou par télécopieur au : 819 623-6600