

Déclaration des incidents violents

SECTION 1 : IDENTIFICATION

No événement : _____

Nom de l'employé: _____

Nom de l'École/Centre/Pavillon : _____

Date de l'événement : _____ Heure : _____

Catégorie de personnel : Enseignant Suppléant Professionnel Soutien Cadre

Nom de la personne qui a posé le geste : _____

Est-ce un : Supérieur Collègue Étudiant Parent Tuteur Visiteur

SECTION 2 : LIEU

Salle de classe Corridor Cour d'école Cafétéria

Médias sociaux Gymnase Endroit public Autre

«Toute manifestation de force, de forme verbale, écrite, physique, psychologique ou sexuelle, exercée intentionnellement contre une personne, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse, de la léser, de la blesser ou de l'opprimer en s'attaquant à son intégrité ou à son bien-être psychologique ou physique, à ses droits ou à ses biens». LIP

SECTION 3 : DESCRIPTION

COMPORTEMENT MENAÇANT	MENACE ORALE OU ÉCRITE	EXCÈS VERBAUX
<input type="checkbox"/> Geste de poing <input type="checkbox"/> Destruction de matériel <input type="checkbox"/> Objets lancés <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Menace <input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Toute expression d'une intention d'infliger du mal <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Jurons <input type="checkbox"/> Insultes ou langage condescendant <input type="checkbox"/> Autres
AGRESSION PHYSIQUE		CNESST
<input type="checkbox"/> Coup porté de la main ou pied <input type="checkbox"/> Poussée <input type="checkbox"/> Bousculade		<input type="checkbox"/> Mesure sanitaire non respectée

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'INCIDENT : (joindre une feuille supplémentaire au besoin)

Veuillez inscrire votre nom et la date. Cliquer sur l'enveloppe pour transmettre le formulaire au témoin ou à la direction.

Signature de l'employé: _____

Date : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Soins médicaux Intervention policière Intervenant de l'école

Déclaration des incidents violents

SECTION 4 : VERSION DU TÉMOIN

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'INCIDENT : (joindre une feuille supplémentaire au besoin)

Nom du témoin :

Veillez inscrire votre nom et la date. Cliquer sur l'enveloppe pour transmettre le formulaire à la direction.

Signature de l'employé :

Date :

SECTION 5 : 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'incident?

Conséquences pour l'élève ? Mesures d'aide pour l'élève ? Soutien pour le membre du personnel ?

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

Nom du supérieur immédiat :

Veillez inscrire votre nom et la date. Cliquer sur l'enveloppe pour transmettre le formulaire au bureau de santé.

Signature de l'employé

Date :