



Rapport d'incident violent

Toute personne victime d'incident violent au travail devrait compléter ce rapport dès que possible. Une fois complété, faites 3 copies : 1 copie à votre superviseur/direction, 1 copie à votre comité mixte de Santé et sécurité de votre lieu de travail et 1 copie à votre vice-présidente régionale. Conservez la copie originale.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Renseignements personnels

Nom du membre: _____

District scolaire: _____

Occupation: _____

Lieu de travail: _____

Soins médicaux ou premiers soins obtenus? OUI NON

Formulaire 67 (Santé et sécurité) complété ? OUI NON

Rapport donné au superviseur? OUI NON

Rapport donné à la direction? OUI NON

Rapport donné au représentant Santé et Sécurité du SCFP 2745? OUI NON

La police a-t-elle été contactée? OUI NON

Individu responsable

Élève Visiteur

Autre (veuillez spécifier): _____

Identification (initiaux, numéro - ne pas placer le nom de l'élève)

Note: Ce formulaire est un ajout à celui du formulaire 67

Action prise: _____

Autre information

L'agresseur(e) a-t-il (elle) déjà été impliqué(e) dans des incidents violents avec le personnel ? OUI NON

Existe-il des mesures préétablies afin de prévoir tout incident similaire? OUI NON

Veuillez svp fournir toute autre information qui vous semble pertinente :

Renseignement sur l'incident

Date: _____

Heure: _____ matin après-midi

Type d'incident:

Verbal Menace Racisme

Frappé Coup de pied Égratigné

Étouffé Morsure Craché

Intimidation Sexuel Poussé

Objets lancés

Autre (veuillez spécifier): _____

