**

**RAPPORT D’INCIDENT POUR LES EMPLOYÉS**

**INCIDENT REPORT FOR EMPLOYEES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM / NAME |  | | |
| PRÉNOM / GIVEN NAME |  | | |
| LIEU DE TRAVAIL / PLACE OF WORK |  | | |
| EMPLOI / JOB TITLE |  | | |
| téléphone / telephone |  | | |
| DATE DE L’INCIDENT / DATE OF  INCIDENT (YYYY/MM/DD) |  | HEURE  TIME OF INCIDENT | |
| Témoins / witnesses  (Nom & Tél.: Name & number) |  | | PREMIER INCIDENT/FIRST INCIDENT  OUI / YES  NON/NO |
| décrire les circonstances entourant l'événement / describe the circumstances surrounding the event | | | |
|  | origine / source  ÉlÈve / student  Parent – famille / parent – family  Personnel / staff member  autre / other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  administration (sauter la section pour l’administration et envoyer auX rh / Skip administration section and send to HR | | lieu / location  salle de classE / classroom  corridor/ hallway  escalier / stairway  extérieur / outside  SECRÉTARIAT / office  autre / other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| dEscription de l’incident / description of the incident | | | |
|  | physique / physical  pousser-bousculer / pushing - shoving  Égratigner /scratching  morSure / biting  lancer un objet / throwing an object  être frappé / being hit  AUTRE / OTHER: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | psychologique / psychological  par écrit/ in writting  vIOLENCE VERBALE / VERBAL ABUSE  intimidation  menace / threats  contre la dignité / against the dignity of individual  AUTRE / OTHER: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| mesures prises À la suite de l’incident / actions taken after the incident |  | | |
| si vous avez subi une blessure, veuillez complÉter le FORMULAIRE D’ACCIDENT, D’INCIDENT ET DE MALADIE PROFESSIONNELLE  if you have been physically injured, please compLete the ACCIDENT, INCIDENT & OCCUPATIONAL DISEASE REPORT FORM | | | |
| signature & date  (employé / employee) | j’authorise mon employeur à partager ce formulaire avec mon syndicat local / I give permission to my employer to share this form with my union.  Signature: Date: | | |
| **à compléter par l'administration / to be completed by the administration** | | | |
| absence due à l'incident / absence due to incident  oui / yes  non / no | | | |
| commentaires du supérieur immédiat / immediate supervisor’s comments |  | | |
| nom / name |  | | |
| école / school / centre |  | | |
| SIGNATURE & DATE | Signature : Date : | | |

Veuillez faire parvenir ce formulaire au service des ressources humaines

Please forward this form to the Human Resources Department