**

**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) |  | HEURETIME 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 PROFESSIONNELLEif 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