

## DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT

POUR **EMPLOYÉ** DU CSSCV

<input type="checkbox"/> Accidentel	<input type="checkbox"/> À caractère violent	<input type="checkbox"/> Sans arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Avec arrêt de travail
<b>IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ</b>			
Nom :		Prénom :	Matricule :
Corps d'emploi :		Établissement :	
<b>NATURE DE L'ÉVÉNEMENT</b>			
<b>ACCIDENTEL :</b>			
<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Jeux de ballon	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	
<input type="checkbox"/> Déplacement d'élève	<input type="checkbox"/> Effort excessif		
<b>À CARACTÈRE VIOLENT :</b>			
<b><u>Agression verbale</u> :</b>		<b><u>Agression physique</u> :</b>	
<input type="checkbox"/> Menace		<input type="checkbox"/> Coup	
<input type="checkbox"/> Insulte		<input type="checkbox"/> Poussée	
<input type="checkbox"/> Commentaire à caractère sexuel		<input type="checkbox"/> Morsure	
		<input type="checkbox"/> Égratignure	
		<input type="checkbox"/> Geste à caractère sexuel	
		<input type="checkbox"/> Cyber-intimidation	
		<input type="checkbox"/> Vandalisme	
		<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVÉNEMENT</b>			
<b>Lieu de l'événement :</b>			
<input type="checkbox"/> Salle de classe	<input type="checkbox"/> Cour d'école	<input type="checkbox"/> Corridor	<input type="checkbox"/> Cafétéria
<input type="checkbox"/> Gymnase	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
<b>Témoins :</b>			
<b>Date de l'événement :</b>		<b>Heures :</b>	
<b>Activité au moment de l'événement :</b>			
Pour les détails supplémentaires, veuillez utiliser une autre feuille.			
<b>Description de l'événement (indiquez le contexte avant, durant et après l'événement) :</b>			
<b>Description de la personne ayant posé le geste à caractère violent</b>			
<b>⇒ S'il s'agit d'un événement impliquant un élève, le nom de celui-ci ne doit jamais apparaître sur le formulaire.</b>			
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
<input type="checkbox"/> Collègue	<input type="checkbox"/> Élève	<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Supérieur
<input type="checkbox"/> Visiteur	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		

(Suite au verso)

Note : En vue d'alléger le texte, on n'y emploie généralement que le masculin pour désigner les femmes et les hommes.

## NATURE ET DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

⇒ S'il s'agit d'un événement impliquant un élève, le nom de celui-ci ne doit jamais apparaître.

<b>Lésion professionnelle</b>	
Nature de la blessure :	
Partie du corps blessée :	
Premiers soins reçus :	
Visite médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Assignment temporaire offerte : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Interventions faites pour un événement à caractère violent (décrire le déroulement des faits, (ex : phrases prononcées lors de l'intervention, consignes données à l'agresseur, interventions faites dans un but de protection, etc.)</b>	
<b>Mesures préventives (suggestions de l'employé afin d'éviter que survienne un événement du même genre)</b>	
<b>Attentes de l'employé (s'il y a lieu)</b>	
<b>Autres interventions pertinentes</b>	
<b>Attestations</b>	
Signature de l'employé :	Date :

<b>PARTIE RÉSERVÉE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT</b>	
Date de réception de la déclaration :	
Mesures immédiates ou préventives apportées :	
Signature du supérieur :	Date :

(sauf s'il fait l'objet de la plainte - veuillez transmettre directement à Diane Mongeon)

Veuillez communiquer l'évènement à madame Diane Mongeon  
par courriel : [m1854@cscv.qc.ca](mailto:m1854@cscv.qc.ca), par téléphone : 819-986-8511, poste 5235  
ou par télécopieur : 819-986-1622 **le plus tôt possible**  
(avant le départ de l'employé pour l'hôpital, s'il y a lieu).

**Conserver une copie de ce formulaire pour vos dossiers.**