Commission scolaire
au
Cœur-des-Vallées
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Gatineau, le 4 février 2016

PAR COURRIEL

[redacted]

OBJET : ***Demande d'accès à l'information***

[redacted]

La présente lettre fait suite à votre demande d'accès à l'information reçue le 6 janvier 2016.

Nous avons procédé à l'examen de celle-ci et voici les éléments de réponse pertinents :

1. ***J'aimerais obtenir tous documents relatifs aux rapports d'incidents/d'accidents ou de plaintes d'enseignants de la commission scolaire en lien avec de la violence psychologique ou physique subie. J'aimerais que les données soient fournies pour les années 2013, 2014, 2015 et qu'elles soient séparées par année et type de violence, si possible.***

   Vous trouverez, en annexes, les documents qui correspondent à votre demande pour les années scolaires 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015. Il importe de préciser que certains renseignements ont été retranchés en raison de leur caractère nominatif, conformément aux dispositions des articles 53 et 54 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

En terminant, nous vous réitérons que vous avez un droit de recours devant la Commission d'accès à l'information, selon la note justificative jointe à la présente.

Je vous prie de recevoir, [redacted] *l'expression de mes sentiments distingués.*

Le secrétaire général et
responsable de l'accès à l'information,

Jasmin Bellavance

Commission scolaire du Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse : Date de naissance : année mois jour

Téléphone :

Titre d'emploi : enseignante

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 22/10/12 Jour : Heure : 11 : 15

Lieu précis de l'événement : piscine Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident :

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Direction

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 22/10/12 Heure : 10 h 30
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

Une élève en crise me donne un coup de pied au tibia

Témoins lors de l'événement : OUI (NON)

Nom : Fonction : prof

Nom : Fonction : prof

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

Coup au tibia

Nature des premiers soins :

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

2012 / 10 / 22
année mois jour

Signature de l'employé Date

Bloc 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement (OUI) NON Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? / /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Police
Rencontre avec les parents

Signature du supérieur ou représentant — 23/10/2012 Date — (819) Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? 23/10/2012

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 (OUI) NON Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/2012/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2009

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

Biffer de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * *(à compléter par l'employé)*

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance :

Titre d'emploi : Éducatrice année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 22 / 10 / 2012 Jour : lundi Heure : 10 : 15

Lieu précis de l'événement : piscine Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : piscine avec élève

Horaire de travail complété : OUI NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : OUI NON

Nom : Fonction : directrice

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 22 / 10 / 12 Heure : 10 : 25
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

élève m'a mordu une allergie en éclosion et m'a donné de l'urticaire (maintenant) et très agressif.

Témoins lors de l'événement : OUI NON

Nom : Fonction : éducatrice

Nom : Fonction : éducatrice

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

- 2 avant-bras (bleus) dans le genou (bleu)

Nature des premiers soins : -0-

Nom du secouriste : -0-

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

accompagné par un adulte

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

2012, 10, 22
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT *(à compléter par le supérieur)*

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI NON Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé OUI NON Si oui, quand? / /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Éducatrice n'est présente

même n'est présentée

Signature du supérieur ou représentant 22/10/2012 (819) Téléphone
Date

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622 OUI NON Si oui, quand? 22/10/2012

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ____
Sans perte de temps ____

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S

Adresse :

Téléphone : Date de naissance année mois jour

Titre d'emploi : enseignante.

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 2012 / 10 / 22 Jour : lundi Heure : 10 : 15

Lieu précis de l'événement : piscine et corridor Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : restreinte physique sur un élève.

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Directrice

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 2012 / 10 / 22 Heure : 10 : 25
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

Un élève en situation de crise, a dû être maîtrisé pendant près de 15 min. J'ai fait une restreinte physique. J'ai reçu des coups de pied, l'élève m'a également griffée. Il a aussi tenté de me mordre. J'avais des marques rouges sur les bras et un bleu sur un genou. J'ai également quelques courbatures.

Témoins lors de l'événement : OUI / NON

Nom Fonction : enseignante.

Nom : Fonction : enseignante.

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

bras genou

Nature des premiers soins :

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

2012 / 10 / 22
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement (OUI) NON Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? / /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

- Retour à la maison.
- Rencontre avec les parents.

Signature du supérieur ou représentant 23/10/2012 (819) Date Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, **responsable** du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622 OUI NON Si oui, quand? / /

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

Doc états/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1 - IDENTIFICATTON DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'emplové)

Nom : Prénom N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance :
année mois jour

Titre d'emploi : enseignante

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 2013 01 / 15 Jour : mardi Heure : 10:00

Lieu précis de l'évènement : salle de classe Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : élève en crise

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction :

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 2013 / 01 / 15 Heure : 10 : 10
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT-VERSION DE L'EMPLOYÉ

Un élève en crise avait besoin d'un arrêt d'agir. En m'avançant pour l'arrêter, il m'a frapper (coup de poing)

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction : TES

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) : enflure rouge et ferme du poignet sur la hanche gauche

Nature des premiers soins : glace

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas? aucun, je devais arrêter l'élève avant qu'il ne blesse un élève.

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est

2013, 01, 15
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement (OUI) NON Si oui, quand? 15 / 01 / 13

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? 15 / 01 / 13

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Signature du supérieur ou représentant 17/01/2013 Date (819) Téléphone

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? / /

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 (OUI) NON Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées

Service des ressources humaines — le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * *(à compléter par l'employé)*

Nom | Prénom : | A.S :

Adresse :

Téléphone : | Date de naissance :

Titre d'emploi : Enseignante — année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 2015 / 06 / 22 Jour : Lundi Heure : 11 : 00

Lieu précis de l'évènement : Corridor Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : enseignement

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : enseignante

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date : 2015 / 06 / 22 Heure : 11 : 15
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

lors d'une crise d'un élève, il prend ma poire et le renverse vers l'extérieur

Témoins lors de l'événement : OUI (NON)

Nom : Fonction :

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) : pouce (enflure)

Nature des premiers soins : glace

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

___ 2015 / 06 / 22
année mois jour

Signature de l'employé — Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : | # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement (OUI) NON Si oui, quand? 23/05/15

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? 23/05/15

Descriptions des mesures correctives effectuées :

l'enfant est sorti de classe et accompagné d'un parent pour le sortir. Voyage du 23 juin 15

___ 23/06/2015 (819)_____
Signature du supérieur ou représentant — Date — Téléphone

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? 23/06/15

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom: Prénom: N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance : année mois jour

Titre d'emploi : enseignante

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 8 / 6 / 2015 Jour : lundi Heure : 11 : 20

Lieu précis de l'évènement : classe Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : enseignement

Horaire de travail complété : OUI NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : 11 : 45

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Direction

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 8 / 6 / 15 Heure : 11 : 30
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

Un élève a lancé un projectile.
A atteint un autre élève.
Maintien physique pour la sécurité
Coup de tête de l'élève sur ma lèvre.

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction :

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

lèvre coupée

Nature des premiers soins : glace

Nom du secouriste : moi

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

1- classe appropriée pour les manifestations de cet élève
Mot formation maintien physique pour moi.

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

15 / 06 / 08
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI NON Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? 8/06/2015 11H45

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Rencontre avec ton parent
Demande de formation CPI pour l'enseignante

8/06/2015 (819)
Signature du supérieur ou représentant Date Téléphone

*Avez- vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie- Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? 8/06/2015

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance :

Titre d'emploi : remplaçante année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 28 / 05 / 2015 Jour : jeudi Heure : 12 : 05

Lieu précis de l'événement : ma classe Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : intervention avec eleve

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : directrice

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 28 / 05 / 15 Heure : 12 : 40
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

l'élève m'a lancé un sac dans le visage (oeil)

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction : Ressource

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

oeil droit

Nature des premiers soins : Ø

Nom du secouriste : Ø

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

2015 / 05 / 28
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI (NON) Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? 28 / 05 / 2015

Descriptions des mesures correctives effectuées :

élève ciblé vers IES

29/05/2015 (819)

Signature du supérieur ou représentant Date Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? 1/06/2015

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * *(à compléter par l'employé)*

Nom : ____ Prénom : ____ N.A.S : ____

Adresse : ____

Téléphone : ____ Date de naissance : ____ (année / mois / jour)

Titre d'emploi : suppléante

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 23 / 04 / 2015 Jour : jeudi Heure : 13 : 45

Lieu précis de l'évènement : classe Établissement : ____

Tâche exécutée au moment de l'accident : enseignement

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : ____ Fonction : secrétaire

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 2015 / 04 / 23 Heure : 14 : 15 (année / mois / jour)

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT-VERSION DE L'EMPLOYÉ

Un élève m'a tiré le poignet d'un coup sec lorsque je lui ai demandé de mettre un bonhomme jaune à son agenda.

Témoins lors de l'événement : OUI (NON)

Nom : ____ Fonction : ____

Nom : ____ Fonction : ____

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

Douleur au poignet

Nature des premiers soins :

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Donner les consignes loin de l'élève?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

____ 2015 / 04 / 23

Signature de l'employé Date (année / mois / jour)

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT *(à compléter par le supérieur)*

Établissement : ____ # Établissement : ____

Adresse : ____

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI (NON) Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé OUI (NON) Si oui, quand? / /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

____

Signature du supérieur ou représentant Date 27/04/2015 Téléphone (819) ____

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? 27/04/15

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire du Cœur-des-Vallées

Service des ressources humaines

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S

Adresse :

Téléphone : Date de naissance

Titre d'emploi : enseignante spécialiste année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 2016 10 14 Jour : jeudi Heure : midi

Lieu précis de l'évènement : classe Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : dîner à la cafe

Horaire de travail complété : OUI NON Sinon, heure de l'arrêt de travail

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Directrice

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date: 2016 10 14 Heure : midi
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

Une adjointe en service de garde qui passe
l'après-midi cette journée-là, vient chercher de l'aide auprès
de la secrétaire. Cette dernière a mal avec mes
élèves. Celui-ci a donné des coups de pieds
à [illegible] m'a donné un coup sur le tibias
a frappé au visage. Il m'a donné un coup sur le tibias

Témoins lors de l'événement : OUI NON

Nom : Fonction : Directrice

Nom : Fonction : enseignante

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

Tibias

Nature des premiers soins : ø

Nom du secouriste : ø

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Laisser l'élève se calmer avant d'intervenir
complètement.

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit

___ 2016 / 10 / 14
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI (NON) Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? / /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Prise en charge de l'employée et
recommandations pour la [illegible]
à venir

2016 10 16 (819)

Signature du supérieur ou représentant Date Téléphone

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622 OUI NON Si oui, quand? / /

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

Doc stat/forms/csst/Déclaration Accident du travail formulaire 2009

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte

Commission scolaire du Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines — le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ✓

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance :

Titre d'emploi : Enseignante. année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 2014 / 10 / 15 Jour : Mercredi Heure : 11 : 00

Lieu précis de l'évènement : Classe Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident :

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Remplaçant aide à la direction

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 2014 / 10 / 15 Heure : 11 : 10
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT-VERSION DE L'EMPLOYÉ

J'ai dû envoyer un élève en classe d'accueil il ne voulait pas alors il m'a donné un coup de poing dans la poitrine.

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction : les élèves de ma classe

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) : Douleur aux côtes rougeur au niveau de la poitrine.

Nature des premiers soins : —

Nom du secouriste : —

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

— — 2014 / 10 / 15
Signature de l'employé — Date (année mois jour)

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI (NON) Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? 2014 / 10 / 15

Descriptions des mesures correctives effectuées :

— — — 15 / 10 / 2014 (819)
Signature du supérieur ou représentant Date Téléphone

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622 OUI (NON) Si oui, quand? / /

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI (NON) Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées

Service des ressources humaines — le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * *(à compléter par l'employé)*

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance :

Titre d'emploi : enseignante 2 année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 07 / 09 /2014 Jour : mardi Heure : 10 : 05

Lieu précis de l'évènement : Corridor (école) Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : enseignement

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : directeur

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 07 / 09 /2014 Heure : 10 : 25
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT-VERSION DE L'EMPLOYÉ

élève) a voulu se sauvé et commencé à me frapper. Je l'ai tenu et apporter au local de la ressource

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction : enseignante

Nom : Fonction : enseignant

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

mal au dos

Nature des premiers soins : gavii et assise

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Laisser l'élève et demander l'aide nécessaire

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit

2014 / 09 / 09
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT **(à compléter par le supérieur)**

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /
Avez-vous rencontré l'employé	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

09 / 10 / 2014 (819)

Signature du supérieur ou représentant Date Téléphone

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /
Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées

Service des ressources humaines

le fil d'Ariane



Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * *(à compléter par l'employé)*

Nom : Prénom N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance :

Titre d'emploi : éducateur spécialisé année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 2013 / 10 / 04 Jour : Heure : 10 : 00

Lieu précis de l'évènement : salle de classe Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : intervenir

Horaire de travail complété : OUI NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : 12 : 00

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : OUI NON

Nom : Fonction : direction

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date / / Heure : 10 : 40
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT-VERSION DE L'EMPLOYÉ

Dérapage en marchant avec un drap lorsque
Julie me saute dessus et me frappe

Témoins lors de l'événement : OUI NON

Nom : Fonction : les deux dans la classe

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

mal au dos et tête

Nature des premiers soins :

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

avoir plus de temps en double intervenant et de
vigie en classe

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit

2013 / 10 / 04
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT *(à compléter par le supérieur)*

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement (OUI) NON Si oui, quand? 4/10/2013

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? 4/10/2013

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Signature du supérieur ou représentant 4/10/2013 Date (819) Téléphone

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? 4/10/2013

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 235 OUI NON Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/cssst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire du Cœur-des-Vallées

Service des ressources humaines

le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse :

Téléphone Date de naissance

Titre d'emploi : enseignante année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 28 / 10 / 2013 Jour : lundi Heure : 8 : 30 AM

Lieu précis de l'événement : Dans ma classe Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : intervention avec un élève

Horaire de travail complété : OUI (NON) Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Directrice

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Immédiatement - Date 2013 / 10 / 28 Heure : 8 : 30 AM
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT-VERSION DE L'EMPLOYÉ

Lorsque j'interviens auprès de l'élève en crise, celui-ci me gifle au visage.

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction : enseignant

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) : visage / nez

Nature des premiers soins : Ø

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas? Respecter une distance appropriée lorsque l'élève en question est en crise.

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

Signature de l'employé — 2013 / 10 / 29 (année mois jour) Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement (OUI) NON Si oui, quand? 28 / 10 / 2013

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? 28 / 10 / 2013

Descriptions des mesures correctives effectuées :

A

Signature du supérieur ou représentant — 28 / 10 / 2013 Date — (819) Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? 29 / 10 / 2013

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 (OUI) NON Si oui, quand? / /

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire du Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines — le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps
Sans perte de temps X

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom | Prénom | N.A.S :

Adresse : C

Téléphone : | Date de naissance :

Titre d'emploi : enseignante — année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 13 / 11 / 08 Jour : vendredi Heure : 9 : 30

Lieu précis de l'évènement : salle classe Établissement

Tâche exécutée au moment de l'accident : enseignement

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : directrice

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 13 / 11 / 08 Heure : 10 : 00
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

L'élève voulait que je lui donne les réponses de sa dictée. Je lui ai refusé. L'élève s'est mis à commencé à s'obstiné et crier. Je lui ai demandé de sortir pour se calmer. Il s'est levé et m'a frappé à plusieurs reprises. Je l'ai attrapé pour l'arrêter et nous sommes tombé sur le sol.

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction : Les

Nom : Fonction classe.

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) : Dos côté gauche grande raideur et limitation dans certain mouvement.

Nature des premiers soins : étirement

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas? Je dois intervenir peut importe la situation

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

2013 / 11 / 08
année mois jour

Signature de l'employé — Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI (NON) Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé (OUI) NON Si oui, quand? 14 / 11 / 2013

Descriptions des mesures correctives effectuées : → Communication par courriel

Élève en classe d'intervention. plan

11 / 11 / 2013 (819)

Signature du supérieur ou représentant — Date — Téléphone

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622 OUI NON Si oui, quand? / /

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI (NON) Si oui, quand? / /

Voir ce formulaire

Doc stats/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail- formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : N.A.S. :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance : année mois jour

Titre d'emploi : Orthopédagogue

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 2013 / 10 / 17 Jour : jeudi Heure : 7h45

Lieu précis de l'évènement : Cour d'école Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : Surveillance du matin

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail : :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Direction

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 2013 / 10 / 17 Heure : :
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

Suite à un conflit de deux élèves de la classe nous avons dû intervenir physiquement pour ne pas qu'il blesse l'autre élève! Suite à ce maintien nous avons été mis de coups par l'élève agressif...

Témoins lors de l'événement? (OUI) NON

Nom : Fonction : Enseignante

Nom : Fonction : enseignante

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

Coups de pied aux jambes et un coup de poing sur le bras.

Nature des premiers soins : aucun

Nom du secouriste : -0-

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Plus de surveillants sur la cour

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

2013 / 10 / 24
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI (NON) Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé OUI (NON) Si oui, quand? / /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Signature du supérieur ou représentant — 13/10/28 (819) — Date — Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622 OUI (NON) Si oui, quand? / /

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI (NON) Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ____
Sans perte de temps ____

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * *(à compléter par l'employé)*

Nom: ____ Prénom: ____ N.A.S: ____

Adresse: ____

Téléphone ____ Date de naissance: ____ (année mois jour)

Titre d'emploi: enseignante

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date: 2013 / 10 / 17 Jour: jeudi Heure: 7h40

Lieu précis de l'évènement: cour d'école Établissement: ____

Tâche exécutée au moment de l'accident: surveillance

Horaire de travail complété: (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail: :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé: (OUI) NON

Nom: ____ Fonction: Directrice

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 2013 / 10 / 17 Heure: ? : (année mois jour)

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

Suite à un conflit entre 2 élèves de la classe, moi-même dû intervenir physiquement afin à l'élève pour ne pas qu'il blesse l'autre élève. C'est alors que nous avons été mis à coup par l'élève agressif

Témoins lors de l'événement: (OUI) NON

Nom: ____ Fonction: orthopédagogue

Nom: ____ Fonction: enseignante

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée):

douleur de pied aux jambes

Nature des premiers soins: ?

Nom du secouriste: ?

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Plus de surveillants sur la cour d'école

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

____ 2013 / 10 / 25
Signature de l'employé — Date (année mois jour)

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT *(à compléter par le supérieur)*

Établissement: ____ # Établissement: ____

Adresse: ____

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement	OUI	(NON)	Si oui, quand?	/ /
Avez-vous rencontré l'employé	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /

Descriptions des mesures correctives effectuées: L'enseignante m'a mentionné qu'elle était présente lors d'une désorganisation. Elle m'a mentionné qu'elle avait reçu un coup mais... pour la douleur

____ 18/10/25 (819) ____
Signature du supérieur ou représentant — Date — Téléphone

**Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?*

Par télécopieur au (819) 986-1622	OUI	(NON)	Si oui, quand?	/ /
Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235	OUI	(NON)	Si oui, quand?	/ /

Doc stats/lettre/csst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées

Service des ressources humaines — le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance : année mois jour

Titre d'emploi : enseignante

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 13 / 12 / 2013 Jour : Heure : 15 h 00

Lieu précis de l'évènement : corridor classe Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : gérance d'une crise

Horaire de travail complété : (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : directrice

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 13 / 12 / 13 Heure : 15 h 00
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT-VERSION DE L'EMPLOYÉ

Élève de ma classe en crise, lance des objets et frappe partout. Lorsque je tente intervention il me frappe de coups de pieds et de poings

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction : concierge

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

Douleurs au cou.

Nature des premiers soins : pas nécessaire

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit

2013 / 12 / 20
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /
Avez-vous rencontré l'employé	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

20 / 01 / 2013 (819)

Signature du supérieur ou représentant Date Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /
Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235	OUI	NON	Si oui, quand?	/ /

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire du Cœur-des-Vallées
Service des ressources humaines

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps ___
Sans perte de temps ___

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S. :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance : année mois jour

Titre d'emploi : Éducatrice

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 17 / 12 / 13 Jour : Mardi Heure : 12h00

Lieu précis de l'évènement : Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident :

Horaire de travail complété : OUI NON Sinon, heure de l'arrêt de travail :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : OUI NON

Nom : Fonction :

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date / / Heure :
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT - VERSION DE L'EMPLOYÉ

Témoins lors de l'événement : OUI NON

Nom : Fonction : ES

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) : genou et tibia

Nature des premiers soins :

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est pro

2013 / 12 / 17
année mois jour

Signature de l'employé Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI (NON) Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé OUI (NON) Si oui, quand? / /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Signature du supérieur ou de son représentant 12/12/19 (819)
Date Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622 OUI (NON) Si oui, quand? / /

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI (NON) Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/cssst/Déclaration d'accident du travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées

Service des ressources humaines — le fil d'Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps
Sans perte de temps

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ * (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance : année mois jour

Titre d'emploi : Enseignante

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date 2014 03 26 Jour : mercredi Heure : 10:00

Lieu précis de l'événement : toilette garçon Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : surveillance

Horaire de travail complété : (OUI) NON Si non, heure de l'arrêt de travail :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Responsable d'école, enseignante

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 2014 03 26 Heure : :
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ Avais la fesse ma
Bonnes.

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON des élèves

Nom : Fonction :

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) : douleurs au dos, au cou, maux de tête.

Nature des premiers soins : glace alternée avec chaleur

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas? Que les CS prennent des mesures sérieuses et adéquates pour assurer la sécurité de nos personnel.

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

Signature de l'employé — 2014 03 26 (année mois jour) — Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : # Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement (OUI) NON Si oui, quand? 2014 03 28

Avez-vous rencontré l'employé . (OUI) NON Si oui, quand? 2014 03 28

Descriptions des mesures correctives effectuées :

J'ai discuté avec l'enseignante, je lui ai offert mon écoute et je lui ai donné de l'eau.

2014 03 28 (819)
Date Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1622 (OUI) NON Si oui, quand? 2014 03 28

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

Doc stats/lettre/csvt/Déclaration d'accident de travail-formulaire 2005

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

Mercredi 26 mars 2014.

Bonjour

Un incident est survenu à la récréation avec . Une enseignante , est venue me voir à la récréation pour me dire qu'elle venait de se faire agresser verbalement et physiquement par dans la salle de toilettes.

Elle a dû intervenir car plusieurs petits se sont plaint qu'il y avait un grand qui se tenait assis sur le muret dans la salle de toilettes des garçons, selon la constatation de il semblait prêt « à sauter » ou à commettre une autre action imprudente qui aurait pu être dangereuse pour les autres ou même pour lui.

a donc donné des consignes claires à mais ce dernier est resté sur le muret en ignorant complètement l'adulte. De plus pendant ce temps, les autres élèves qui étaient dans la salle de toilettes se sentaient menacés et pris en otage par la situation car entravait leur chemin.

a dû intervenir physiquement pour faire descendre le maintenir de force afin de permettre aux autres enfants de quitter les lieux.

À ce moment s'est déchaîné et l'a insulté, menacé et frappé. Il s'est ensuite sauvé.

qui surveillait s'est senti débordée car il fallait qu'elle avertisse la C.E.S qu'elle avait besoin d'aide, cette dernière de lui répondre qu'elle ne pouvait pas car elle surveillait la récré. guidée et de se plaindre elle aussi de la situation, d'assurer sa surveillance adéquatement sur la cour, et surtout d'être très sérieusement ébranlée par une telle intervention et de devoir continuer comme si de rien n'était. Tout ça pour dire qu' avait réussi à traumatiser tous ceux qu'il a rencontré à la récréation et monopoliser plusieurs adultes pendant leur pause.

Il aurait fallu que puisse reprendre son souffle et se calmer. Quand elle est venue me voir, elle en tremblait encore.

Commission scolaire au Cœur-des-Vallées

Service des ressources humaines

le fil de Ariane

Prière de cocher s.v.p.
Avec perte de temps
Sans perte de temps X

Déclaration d'accident du travail

(voir instructions au verso)

Bloc 1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ* (à compléter par l'employé)

Nom : Prénom : N.A.S :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance :

Titre d'emploi : Enseignante année mois jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : 14 / 06 / 18 Jour : Heure : 12:30

Lieu précis de l'évènement : Corridor Établissement :

Tâche exécutée au moment de l'accident : Recherche d'un élève

Horaire de travail complété (OUI) NON Sinon, heure de l'arrêt de travail :

Supérieur immédiat ou son représentant avisé : (OUI) NON

Nom : Fonction : Directeur

Quand cette personne a-t-elle été avisée? Date 14 / 06 / 18 Heure : 14:10
année mois jour

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT- VERSION DE L'EMPLOYÉ

Je marchais dans le corridor lorsqu'un garçon est sorti de la salle de Bain à une vitesse extrême, afin de me protéger le visage j'ai utilisé mon bras gauche pour arrêter la porte ce qui m'a donné un choc dans les muscles trapèzes et ceux du cou

Témoins lors de l'événement : (OUI) NON

Nom : Fonction : secrétaire

Nom : Fonction :

Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :

Bras gauche - épaule, cou et maux de tête depuis

Nature des premiers soins :

Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

Signature de l'employé 2018 . 06 . 18
année mois jour
Date

BLOC 2 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (à compléter par le supérieur)

Établissement : #Établissement :

Adresse :

DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement OUI NON Si oui, quand? / /

Avez-vous rencontré l'employé OUI NON Si oui, quand? / /

Descriptions des mesures correctives effectuées :

Signature du supérieur ou représentant 19 / 06 / 2018 Date (819) Téléphone

*Avez-vous communiqué l'événement à Madame Diane Mongeon, responsable du dossier Qualité de Vie-Santé?

Par télécopieur au (819) 986-1122 OUI NON Si oui, quand? / /

Par téléphone au (819) 986-8511 poste 5235 OUI NON Si oui, quand? / /

* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte.

AVIS DE RECOURS EN RÉVISION

RÉVISION

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

QUÉBEC

Édifice Lomer-Gouin
575 rue Saint-Amable
Bureau 1.10
Québec (Québec) G1R 2G4

Tél : (418) 528-7741
Téléc : (418) 529-3102

MONTRÉAL

Bureau 18.200
500, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H2Z 1w7

Tél : (514) 873-4196
Téléc : (514) 844-6170

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

APPEL DEVANT LA COUR DU QUÉBEC

a) Pouvoir

L'article 147 de la loi stipule qu'une personne directement intéressée peut porter la décision finale de la Commission d'accès à l'information en appel devant un juge de la Cour du Québec sur toute question de droit ou de compétence.

L'appel d'une décision interlocutoire ne peut être interjeté qu'avec la permission d'un juge de la Cour du Québec s'il s'agit d'une décision interlocutoire à laquelle la décision finale ne pourra remédier.

b) Délais

L'article 149 prévoit que l'avis d'appel d'une décision finale doit être déposé au greffe de la Cour du Québec, dans les 30 jours qui suivent la date de réception de la décision de la Commission par les parties.

c) Procédure

Selon l'article 151 de la loi, l'avis d'appel doit être signifié aux parties et à la Commission dans les dix jours de son dépôt au greffe de la Cour du Québec.

14 juin 2006
Mise à jour le 20 septembre 2006