

- SECTION 1 POUR IDENTIFICATION
SECTION 2 EN CAS D'ACCIDENT OU D'INCIDENT
SECTION 3 POUR DÉCLARER UNE SITUATION À RISQUE
SECTION 4 POUR LE DESCRIPTIF DE L'ÉVÉNEMENT

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DU FORMULAIRE ET REMETTRE AU SECRÉTARIAT OU AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

FORMULAIRE DE DÉCLARATION : ACCIDENT, INCIDENT OU SITUATION À RISQUE			
SECTION 1 : IDENTIFICATION			
Nom et prénom:		Âge:	Établissement :
Employé <input type="checkbox"/> Emploi occupé:		Élève <input type="checkbox"/> Département:	
Date événement :		Heure :	Lieu :
Déclaration d'un élève mineur, inscrire les informations du répondant:			Date de naissance de l'élève:
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Nom:	Prénom:	Téléphone:
Adresse civique:		Ville:	Code postal:
SECTION 2 : NATURE DE L'ÉVÉNEMENT EN CAS D'ACCIDENT OU D'INCIDENT			
AGENT CAUSAL:			
Jeux, sport <input type="checkbox"/>	Chute, glissade <input type="checkbox"/>	Faux mouvement <input type="checkbox"/>	Mouvement répétitif <input type="checkbox"/>
Collision mobilier ou objet <input type="checkbox"/>	Effort excessif <input type="checkbox"/>	Machine, outils <input type="checkbox"/>	Produit chimique <input type="checkbox"/>
Agression, violence <input type="checkbox"/>	Véhicule <input type="checkbox"/>	Corps étranger <input type="checkbox"/>	Autre: _____
PHYSIQUE: Si requis partie(s) du corps touchée(s)			
Précisez le côté affecté :		Gauche <input type="checkbox"/>	Droit <input type="checkbox"/>
Tête <input type="checkbox"/>	Œil <input type="checkbox"/>	Cou <input type="checkbox"/>	Épaule <input type="checkbox"/>
Bras/avant-bras <input type="checkbox"/>	Coude/poignet <input type="checkbox"/>	Dos <input type="checkbox"/>	Hanche <input type="checkbox"/>
Cuisse <input type="checkbox"/>	Jambe <input type="checkbox"/>	Pieds/orteils <input type="checkbox"/>	Mains/doigts <input type="checkbox"/>
PSYCHOLOGIQUE:			
Stress <input type="checkbox"/>	Menace <input type="checkbox"/>	Violence verbale <input type="checkbox"/>	Violence écrite (ex. médias sociaux) <input type="checkbox"/>
SECTION 3 : NATURE DE LA SITUATION À RISQUE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ			
Infiltration/dégât d'eau <input type="checkbox"/>	Poussière <input type="checkbox"/>	Ergonomie <input type="checkbox"/>	Arbre dangereux <input type="checkbox"/>
Odeur <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	_____	
SECTION 4 : DESCRIPTION DE L'ACCIDENT, DE L'INCIDENT, DE LA SITUATION À RISQUE OU DU DOMMAGE MATÉRIEL			
Si dommage matériel, estimation des coûts \$: _____			
Avez-vous des suggestions afin d'éviter qu'un événement semblable survienne dans le futur?			
Date de la déclaration au supérieur immédiat :		Heure de la déclaration :	
Signature de l'employé ou de l'élève :			Date :
Soins médicaux <input type="checkbox"/>	Ambulance <input type="checkbox"/>	Police <input type="checkbox"/>	Intervenant <input type="checkbox"/>
Témoin (s) impliqué(s) dans l'événement, s'il y a lieu:			
Élève <input type="checkbox"/>	Parent <input type="checkbox"/>	Visiteur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Nom de la personne impliquée :		Sexe : F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> Âge :
SECTION 5 : RÉSERVÉ AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT (ou à l'enseignant dans le cas d'un élève du CFP)			
Date de la réception du formulaire par l'employé :			
Avez-vous rencontré l'employé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, quand? _____			
Quelles sont les mesures correctives immédiates qui ont été prises suite à l'événement ?			
Y a-t-il des mesures correctives ultérieures à prendre suite à l'événement ?			
Signature du supérieur immédiat		Signature de l'enseignant, s'il y a lieu	
Date :		Date :	