

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
IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ			
Nom :		Prénom :	Matricule :
Corps d'emploi (obligatoire) :		Établissement (obligatoire):	
NATURE DE L'ÉVÉNEMENT			
ACCIDENTEL :			
<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		
À CARACTÈRE VIOLENT :			
Agression verbale :	Agression physique :	Autres :	
<input type="checkbox"/> Menace	<input type="checkbox"/> Coup	<input type="checkbox"/> Cyberintimidation	
<input type="checkbox"/> Insulte	<input type="checkbox"/> Poussée	<input type="checkbox"/> Vandalisme	
<input type="checkbox"/> Commentaire à caractère sexuel	<input type="checkbox"/> Morsure	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
	<input type="checkbox"/> Égratignure		
	<input type="checkbox"/> Geste à caractère sexuel		
RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVÉNEMENT			
Lieu de l'événement :			
<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) :		
Témoins :			
Date de l'événement :		Heures :	
Activité au moment de l'événement :			
Pour les détails supplémentaires, veuillez utiliser une autre feuille.			
Description de l'événement (indiquez le contexte avant, durant et après l'événement) :			
Description de la personne ayant posé le geste à caractère violent			
S'il s'agit d'un événement impliquant un élève, le nom de celui-ci ne doit jamais apparaître sur le formulaire.			
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Niveau scolaire :	
<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)

NATURE ET DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Lésion (obligatoire)	
Nature de la blessure à détailler:	
Partie du corps blessée :	
Premiers soins reçus : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Dans l'affirmative par qui :
Visite médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Possible	Assignation temporaire offerte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
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.)	
Mesures préventives (suggestions de l'employé afin d'éviter que survienne un événement du même genre)	
Si la direction fait l'objet de la déclaration - Veuillez transmettre directement à la conseillère en gestion des ressources humaines	
Signature de l'employé obligatoire :	Date :
PARTIE RÉSERVÉE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT	
Date de réception de la déclaration :	
Référence au PAE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Suggère consultation médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Rencontre l'employé suite à l'événement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Photo du site accidentel prise : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
L'assignation temporaire remis à l'employé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date :
Informez l'employé de communiquer avec la conseillère en gestion du personnel au poste 5235 avant de quitter les lieux de travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Commentaires additionnels :	
Signature du supérieur :	
Date :	

Version 2023_05_01

Veillez transmettre la déclaration d'événement à la conseillère en gestion du personnel dans un délai de 48 heures

à l'adresse courriel suivante : diane.mongeon@cscv.gouv.qc.ca

Téléphone : (819) 986-8511, poste 5235 / Télécopieur : (819) 986-1622

Conserver une copie de ce formulaire pour vos dossiers.