

**DÉCLARATION D'UN ACCIDENT OU INCIDENT VIOLENT**

Nom du/de la plaignant(e) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Lieu de travail : \_\_\_\_\_

DESCRIPTION DE LA PERSONNE MISE EN CAUSE (contre qui la plainte est formulée) : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Supérieur <input type="checkbox"/>	Collègue <input type="checkbox"/>	Parent ou tuteur <input type="checkbox"/>
Subalterne <input type="checkbox"/>	Élève <input type="checkbox"/>	
Visiteur <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	précisez : _____
DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT :		
<u>Violence physique</u>	<u>Violence verbale</u>	<u>Violence sexuelle</u>
Coup <input type="checkbox"/>	Menace <input type="checkbox"/>	Physique <input type="checkbox"/>
Poussée <input type="checkbox"/>	Abus de langage <input type="checkbox"/>	Verbale <input type="checkbox"/>
Morsure <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/>		
Précisez _____		
Date de l'événement : _____ Heure : _____ Lieu : _____		
Témoin(s) : _____		

Synthèse de l'événement : _____
_____
_____
_____

Si les allégations s'avéraient fausses ou mensongères, le/la plaignant(e) pourrait se voir imposer des sanctions appropriées et ce, compte tenu de la nature des préjudices que cela a pu ou aurait pu causer à la personne mise en cause. Je déclare que les faits qui sont énoncés dans ce formulaire sont vrais, au meilleur de ma connaissance.

Signature du/de la plaignant(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance de la présente déclaration

Signature du supérieur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Copie donnée à :		
Supérieur <input type="checkbox"/>	Syndicat ou association <input type="checkbox"/>	Plaignant(e) <input type="checkbox"/>
Direction des ressources humaines <input type="checkbox"/>		

