

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"/>		

SUIVI À UNE DÉCLARATION D'UN ACCIDENT OU INCIDENT VIOLENT

Service des ressources humaines

Nom du/de la plaignant(e) : _____ Téléphone : _____

Fonction : _____ Lieu de travail : _____

Interventions auprès du/de la plaignant(e) :

Soins médicaux Formulaire « Rapport d'événement ou d'accident au travail »

Retrait du travail Support psychologique

Autres (précisez) : _____

Interventions à l'endroit de la personne mise en cause :

Intervention du supérieur immédiat

Intervention policière : Nom du policier (s'il y a lieu) : _____

du rapport : _____

Précisez la nature de l'intervention : _____

Complément d'information : _____

Recommandations s'il y a lieu : _____

Signature du supérieur : _____ Date : _____

Transmettre à la Direction du Service des ressources humaines avec la déclaration du/de la plaignant(e).

Réservé au Service des ressources humaines

Reçu le : _____

Les mesures prises apparaissent suffisantes oui non

Autres mesures prises, s'il y a lieu : _____

Dossier classé le : _____

Transmission à : Plaignant(e) Supérieur Syndicat ou association

Signature de la Direction des ressources humaines : _____