

Formulaire à compléter par le travailleur

Nom de l'employé(e) : _____ No de l'employé(e) : _____

Catégorie de personnel : Cadre Soutien Enseignant secondaire Enseignant aux adultes
 Professionnel Enseignant primaire Enseignant formation professionnelle
Autres : _____

Poste occupé : _____ Nom de l'établissement : _____

Date de l'événement : _____ Heure de l'événement : _____

Date de déclaration de l'événement : _____ Heure de déclaration de l'événement : _____

Témoins : _____

Type d'événement : Accident¹ Incident²

¹ Accident : Événement qui a entraîné une blessure, maladie ou voie de fait / agression.

² Incident : Situation jugée à risque.

Description de l'événement :

Suggestions de correctifs à apporter :

Section à compléter s'il s'agit d'un accident :

Conséquence : Blessure Maladie Voie de fait / agression Précisez : _____

Traitement requis : Premiers soins Hôpital Si oui, arrêt de travail ? _____

Signature de l'employé(e) : _____ Date : _____

Description des mesures correctives ou préventives (à compléter par le supérieur immédiat)

Avez-vous visité le lieu de l'événement : Oui Non Si oui, quand : _____

Avez-vous rencontré l'employé : Oui Non Si oui, quand : _____

Commentaires :

Description des mesures correctives effectuées :

Signature de la direction de l'établissement : _____ Date : _____