

DÉCLARATION D'UN ACCIDENT OU INCIDENT VIOLENT

Nom et Prénom : _____ Matricule : _____

Fonction : _____ Lieu de travail : _____

Qui a causé l'accident ou l'incident :

Supérieur Collègue
Élève nom : _____
Autre 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 : _____

Témoïn(s) : _____

Synthèse de l'événement : _____

J'ai pris connaissance de la présente déclaration.

Signature du supérieur : _____ Date : _____

