|  |
| --- |
| **Identification du membre du personnel touché par l’incident** |
| Prénom et nom :  |       |
| Fonction occupée : |       |
| Lieu de travail : |       |
| **Description de l’incident** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de l’incident :  |        | Heure :  |       (Format 24h) |

 |
|

|  |
| --- |
| **Lieu de l’incident :** [ ]  Salle de classe [ ]  Bureau [ ]  Gymnase [ ]  Laboratoire [ ]  Cafétéria [ ]  Cour d’école [ ]  Stationnement  [ ]  Local d’intervention [ ] À l’extérieur du lieu de travail (ex. : sur la route) (précisez):        [ ]  Autre (ex. : dans le corridor) (précisez) :        |
| **Cause des lésions :**[ ]  Coup reçu [ ]  Morsure [ ]  Coupure [ ]  Brûlure [ ] Décharge électrique [ ]  Chute  [ ]  Déplacement d’objet [ ]  Objet reçu [ ]  Trébucher [ ]  Se cogner [ ]  Autre (précisez):      **Partie(s) du corps touchée(s) :** [ ]  Main [ ]  Bras [ ]  Pied [ ]  Jambe [ ]  Tête [ ]  Dos [ ]  Autre (précisez):        |

 |
| Description détaillée des circonstances de l’incident :      **Prévention :** Quelle piste de solutions pourrait être envisagée pour nous aider à prévenir et/ou contrer ce type d’incident ?      |
| **Blessures corporelles** |
| Nature et étendue des blessures :       |
| Description des premiers soins : |       |
| Donnés par : |        |
| Transport à l’hôpital : | [ ]  oui [ ]  non |  Par : |        |
| Nom de l’hôpital où la personne blessée a été transportée :  |       |
| **Dommages aux biens (s’il y a lieu)** |
| Nature des biens et étendue des dommages :  |       |
|  |
| **Témoins (s’il y a lieu)** |
| **Nom et fonction des témoins** (incluant ceux qui ont inspecté l’emplacement avant ou après l’incident ainsi que ceux des témoins de l’incident) :  |
| Nom du témoin :  |       |
| Fonction :  |       |
|  |
| Nom du témoin : |       |
| Fonction : |       |
|  |
| Nom du témoin :  |       |
| Fonction : |       |
| **Autres informations ou commentaires (au besoin)** |
|  |
| **Signatures** |
| Date du rapport :       | Par : |  |
|  |  | Personne touchée par l’incident |
| Date du rapport :       | Par :  |  |
|  |  | Personne ayant complété ce rapport **(si différent)** |
| Date du rapport :       | Par : |  |
|  |  | Supérieur immédiat |

Une fois complété, veuillez faire parvenir ce formulaire par courriel à

🖂 **incidentpersonnel@csriveraine.qc.ca**