|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**