

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
BUREAU DES SERVICES-CONSEILS EN ASSIDUITÉ AU TRAVAIL

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader

*** Ne pas utiliser ce formulaire si la situation vise un accident de travail.
Dans ce cas, il faut utiliser le formulaire T075 - Déclaration et analyse d'un événement accidentel.**

ÉCOLE OU SERVICE	
ADRESSE	TÉLÉPHONE

PERSONNE AYANT MANIFESTÉ DE LA VIOLENCE			PERSONNE QUI RAPPORTE L'ÉVÉNEMENT	
<input type="checkbox"/> ÉLÈVE <input type="checkbox"/> VISITEUR PRÉCISER			NOM	
NOM			TITRE D'EMPLOI	
ADRESSE			ADRESSE	
TÉLÉPHONE (DOMICILE)	FOYER / GROUPE / CLASSE	ÂGE		
PARENT OU TUTEUR			TÉLÉPHONE (DOMICILE)	TÉLÉPHONE (BUREAU)

COMPTE-RENDU DE L'ÉVÉNEMENT		
DATE	HEURE	LIEU
DESCRIPTION (ÉCHANGES VERBAUX, GESTES, ETC.)		
TÉMOINS		

MESURES IMMÉDIATES ET DE SUIVI	
POLICIERS SERVICES JURIDIQUES CSSDM AUTRES (PRÉCISER)	
à l'endroit de la personne violente	RENCONTRE SUSPENSION AUTRES (PRÉCISER)
auprès d'autres personnes	MESURES DE SOUTIEN AUTRES (PRÉCISER)

SIGNATURE DE LA DIRECTION ►	DATE ►
-----------------------------	--------

Formulaire à compléter dans un délai maximal de 3 jours suivants l'incident

4 COPIES : **Copie originale** (1) École ou service **Copies numériques** (2) Personne qui a rapporté l'événement – (3) RH / BSCAT sst@cssdm.gouv.qc.ca – (4) Syndicat ou association de la personne qui a rapporté l'événement :

accident@alliancedesprofs.qc.ca

secretariat-be@sppmem.ca

info@snee.qc.ca

info@aqcs.ca

secretariat@appa.qc.ca

info@acedm.org

info@acsqm.ca

amdes@amdes.qc.ca