

DÉCLARATION DE SURVENANCE D'UN ÉVÉNEMENT

CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR L'EMPLOYÉ(E)

Nom de l'employé(e) :		Prénom :
<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Préposé <input type="checkbox"/> Soutien : _____ <input type="checkbox"/> Professionnel : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____ <small>(description du corps d'emploi)</small> <small>(description du corps d'emploi)</small> <small>(description du corps d'emploi)</small>		Lieu de travail <input type="checkbox"/> Côte-Vertu <input type="checkbox"/> Ouimet Élève impliqué : _____
Date de l'événement : (AA/MM/JJ)	Heure de l'événement :	Lieu précis de la survenance de l'événement :
Date de la déclaration de l'événement : (AA/MM/JJ)		Heure de la déclaration de l'événement:
Description détaillée de l'événement : Décrire en détail comment l'événement s'est produit et gestes posés et indiquer le nom des personnes impliquées, s'il y a lieu (élèves ou autres) : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<input type="checkbox"/> Bris d'effet personnel s'il y a lieu : _____ <small>(description de l'effet personnel)</small> <small>(ajouter une feuille au besoin)</small>		
Nature de la blessure ou des maux de l'employé(e) : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Premiers soins reçus : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Premiers soins donnés par (nom et titre de la personne) :	
Description des soins reçus : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Nom du ou des témoins de l'événement : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Signature de l'employé(e) :		Date : _____ (AA/MM/JJ)
CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT		
Le jour de l'événement, l'employé(e) a-t-il terminé son quart de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Sinon, à quelle heure a-t-il quitté l'établissement : <input type="checkbox"/> Événement <u>sans perte de temps</u> (absence le jour de l'événement seulement) <input type="checkbox"/> Événement <u>avec perte de temps</u> (en plus du jour de l'événement)		
Signature du supérieur immédiat :		Date : _____ (AA/MM/JJ)