

Déclaration d'un accident ou incident violent

Nom de la présumée victime : _____ Téléphone : _____

Poste : _____ Lieu de travail : _____

Description du présumé agresseur : Sexe : M F

Supérieur <input type="checkbox"/>	Parent <input type="checkbox"/>	Collègue <input type="checkbox"/>
Tuteur <input type="checkbox"/>	Élève <input type="checkbox"/>	Visiteur <input type="checkbox"/>

Employé sous sa responsabilité Autre précisez : _____

Description de l'événement :

Agression physique	Agression verbale	Agression sexuelle
Coup <input type="checkbox"/>	Menace <input type="checkbox"/>	Physique <input type="checkbox"/>
Poussée <input type="checkbox"/>	Harcèlement <input type="checkbox"/>	Verbale <input type="checkbox"/>
Morsure <input type="checkbox"/>	Abus de langage <input type="checkbox"/>	
Égratignure <input type="checkbox"/>		
Autre <input type="checkbox"/>	_____	

Date de l'événement : _____ **Heure :** _____ **Lieu :** _____

Témoin (s) : _____

Synthèse de l'événement : _____

Signature de la présumée victime _____ Date : _____

J'ai pris connaissance de la présente déclaration

Signature de la direction concernée : _____ Date : _____