RAPPORT D'ACCIDENT/INCIDENT EMPLOYÉ

Dans la mesure du possible, ce formulaire doit être rempli par le travailleur <u>immédiatement</u> après l'accident/incident.

<u>Directeurs et Directrices, veuillez envoyer ce rapport par courriel à l'adresse :</u>

hrincidentreport@wqsb.qc.ca

(Le Service des ressources humaines et le représentant de la SST en recevront une copie)

S'il s'agit d'un incident d'agression ou de violence, veuillez également remplir la section C du présent formulaire.

S'il s'agit d'un incident de harcèlement, veuillez consulter la Politique F-18 et remplir le ***Formulaire de déclaration de harcèlement*** *qui s'y trouve.*

Veuillez ***<u>ne pas</u>*** *inclure de noms ou d'initiales d'élèves dans ce rapport. Utilisez le numéro d'étudiant, le cas échéant.*

SECTION A : IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Nom : _____ **Téléphone :** _____

Courriel : _____ **Titre du poste :** _____

École : _____

Catégorie : ☐ Enseignant ☐ Professionnel ☐ Personnel de soutien ☐ Cadre

SECTION B : DESCRIPTION DE L'ACCIDENT/INCIDENT

Date de l'accident/incident : _____ **Heure de l'accident/incident :**_____

Lieu de l'accident/incident : _____

Décrivez l'accident/incident :

Décrivez la blessure/l'impact (le cas échéant) :

Absence(s) du travail : Non☐ Oui☐ **Si oui, veuillez préciser la ou les dates :** _____

<u>REMARQUE</u> : Pour toute absence ou tout traitement découlant de votre accident/incident, le Service des ressources humaines pourrait demander un certificat médical du médecin traitant.**

COMMISSION SCOLAIRE WESTERN QUÉBEC SCHOOL BOARD

LE CONTENU DE CE RAPPORT RESTE CONFIDENTIEL

Mesures immédiates :

Premiers soins :

_____

Méthode de transport vers les services de santé, l'hôpital ou le domicile :

_____

Témoin(s) : 1 : Nom : _____ Tél. : _____

2 : Nom : _____ Tél. : _____

SECTION C : SIGNALEMENT D'UN INCIDENT

Si un élève est en cause, a-t-il déjà été impliqué dans un accident ou un incident? ☐ Pas certain ☐ Oui ☐ Non

A-t-on utilisé des stratégies BMS/CPI? ☐ **Oui*** ☐ Non→ ***A-t-on utilisé des mesures de contention?** ☐ **Oui**** ☐ Non

**CPI : Intervention en prévention de crise*

**BMS : Systèmes de gestion du comportement*

*(** Si oui, n'oubliez pas de remplir le rapport sur les mesures de contention –*

Source :	**Identification de l'élève :**
☐ Élève(s) ***[Pas de noms, pas d'initiales]*** ☐ Parent(s) ☐ Personnel de l'école ☐ Administration**	Numéro(s) d'étudiant seulement (à demander au directeur de l'école ou du centre) _____

****N.B. :** **Si l'administration est en cause, ne faites pas signer ce formulaire par votre superviseur; envoyez-le directement à : Erick Tremblay, Directeur des ressources humaines : etremblay@wqsb.qc.ca**

SECTION D : DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent rapport sont véridiques et conformes à ce qui s'est réellement passé. Je comprends que j'ai le droit d'en discuter avec mon représentant syndical ou d'association.

Signature : _____ **Date :** _____

SECTION E : DÉCLARATION DU SUPERVISEUR

J'ai reçu et lu ce rapport dans son intégralité.

Nom : _____ **Signature :** _____

Date : _____

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

*** À noter que cette section doit être remplie par le superviseur*

Sélectionnez tous les suivis applicables

☐ Aucun suivi n'est requis car il est peu probable que les circonstances de l'incident se reproduisent.

☐ Intervention auprès de l'élève.

☐ Demande de formation pour les employés.

☐ Suivi auprès du Service des ressources matérielles.

☐ Mise en œuvre de mesures pour éviter que l'incident ne se reproduise et surveillance de la situation.