

## DECLARATION DE SURVENANCE D'UN EVENEMENT

**CETTE SECTION DOIT ETRE COMPLETEE PAR L'EMPLOYEE(E)**

Nom de l'employé(e) :		Prénom :	
<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Préposé <input type="checkbox"/> Soutien : _____ (description du corps d'emploi) <input type="checkbox"/> Professionnel : _____ (description du corps d'emploi) <input type="checkbox"/> Autre : _____ (description du corps d'emploi)		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) :			
<input type="checkbox"/> Bris d'effet personnel s'il y a lieu : _____ (description de l'effet personnel)			
(ajouter une feuille au besoin)			
Nature de la blessure ou des maux de l'employé(e) :			
Premiers soins reçus :		Premiers soins donnés par (nom et titre de la personne) :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Description des soins reçus :			
Nom du ou des témoins de l'événement :			
Signature de l'employé(e) :		Date : _____ (AA/MM/JJ)	
<b>CETTE SECTION DOIT ETRE COMPLETEE PAR LE SUPERIEUR IMMEDIAT</b>			
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</u> perte de temps (absence le jour de l'événement seulement) <input type="checkbox"/> Événement <u>avec</u> perte de temps ( <u>en plus</u> du jour de l'événement)			
Signature du supérieur immédiat :		Date : _____ (AA/MM/JJ)	