

Section 1 : IDENTIFICATION

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Cadre Enseignant Professionnel Soutien

Matricule : _____

Identité-genre (facultatif): _____

Autre : _____

Titre d'emploi : _____

Établissement ou service : _____ Immeuble (s'il y a lieu) : _____

N° téléphone : _____

Section 2 A : TYPE D'ÉVÉNEMENT (COCHER)

TYPE 1 : Accident

Coincé, écrasé Effort Faux mouvement Frottement, pression, friction Chute, glissade

Frappé contre, spécifiez _____ Frappé par, spécifiez _____ Autre _____

TYPE 2 : Événement à caractère violent

Impliquant un élève

Fiche : _____

Coup Poussée Collision Morsure Égratignure Serrement

Objet lancé Autre _____

Avez-vous fait une intervention de maintien physique : oui non

Avez-vous la formation CPI? oui non

L'élève a une fiche d'escalade : oui non Je ne sais pas

L'élève a un plan d'intervention : oui non Je ne sais pas

Impliquant toute autre personne

Spécifier qui : _____

Quoi : _____

Circonstances : _____

TYPE 3 : Événement à caractère psychologique

Impliquant un élève

Fiche : _____

Impliquant un membre du personnel

Nom de la personne : _____

Impliquant une personne externe du CSSPO

Nom de la personne externe : _____

Impliquant toute autre personne

Spécifier qui : _____

Quoi : _____

Circonstances : _____

Section 2 B : INFORMATION SUR L'ÉVÉNEMENT

Date de l'événement			Heure	Lieu		
Année	Mois	Jour	_____ h _____	Intérieur		Extérieur
				<input type="checkbox"/> Atelier	<input type="checkbox"/> Laboratoire	<input type="checkbox"/> Cour de l'école
				<input type="checkbox"/> Bibliothèque	<input type="checkbox"/> Local d'apaisement	<input type="checkbox"/> Escaliers
				<input type="checkbox"/> Bureau	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Patinoire
				<input type="checkbox"/> Corridor	<input type="checkbox"/> Piscine	<input type="checkbox"/> Trottoir
				<input type="checkbox"/> Cafétéria	<input type="checkbox"/> Classe	<input type="checkbox"/> Terrain de l'école
				<input type="checkbox"/> Escaliers	<input type="checkbox"/> Vestiaires	<input type="checkbox"/> Sortie scolaire
				<input type="checkbox"/> Gymnase	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Stationnement
				Si autre, précisez : _____		
Avez-vous quitté le travail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indiquer l'heure _____ <input type="checkbox"/> par moi-même <input type="checkbox"/> par taxi <input type="checkbox"/> par ambulance						
TÉMOINS : 1) Nom : _____ 2) Nom : _____						

Section 2 C : ÉVÈNEMENT RELIÉ À L'ENVIRONNEMENT : matériel, équipement, bâtiment

Mobilier ou équipement défectueux, spécifiez : _____

Surface glissante Autre : _____

