

<b>1 IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR</b>						
Nom de l'école ou du service :	Nom du directeur-trice :					
<b>2 IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ-E</b>						
Nom à la naissance :	Prénom :					
Adresse :	Téléphone :					
Fonction :	Numéro matricule :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
<b>3 NATURE DES BLESSURES</b> <input type="checkbox"/> <b>Physique</b> (remplir toutes les sections ci-dessous) <input type="checkbox"/> <b>Psychologique</b> (remplir uniquement les sections 5,6 et 7)						
<input type="checkbox"/> Entorse	<input type="checkbox"/> Contusion	<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Morsure	<input type="checkbox"/> Irritation		
<input type="checkbox"/> Plaie	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Corps étranger	<input type="checkbox"/> Coupure	<input type="checkbox"/> Fracture		
<input type="checkbox"/> Ecchymose	<input type="checkbox"/> Autres : _____					
<b>4 PARTIE DU CORPS AFFECTÉE (Site de lésion)</b>		<b>Précisez le côté affecté :</b> <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit				
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Bouche	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Cou		
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Doigt	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Épaule		
<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Nez		
<input type="checkbox"/> Oeil	<input type="checkbox"/> Oreille	<input type="checkbox"/> Orteil	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Poignet		
<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Pouce	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Visage			
<input type="checkbox"/> Système digestif	<input type="checkbox"/> Système respiratoire					
Dommages : nature et gravité des dommages matériels (biens meubles ou immeubles et effets personnels de l'employé-e accidenté-e) _____	Commentaires : _____ _____					
<b>5 MESURES IMMÉDIATES :</b>						
Premiers soins ou assistance reçus : _____ Une personne a-t-elle accompagné la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Qui a administré les premiers soins ou vous a assisté? _____						
<b>6 RENSEIGNEMENTS ET DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT</b>						
Date de l'événement : _____ Heure : _____						
Lieu de l'événement (précisez l'étage, l'aile, le numéro du local, etc.)						
<input type="checkbox"/> Auditorium	<input type="checkbox"/> Escalier	<input type="checkbox"/> Gymnase	<input type="checkbox"/> Cour d'école	<input type="checkbox"/> Cafétéria/cuisine	<input type="checkbox"/> Corridor	<input type="checkbox"/> Salle du personnel
<input type="checkbox"/> Stationnement	<input type="checkbox"/> Piscine	<input type="checkbox"/> Bureau	<input type="checkbox"/> Classe	<input type="checkbox"/> Autres : Précisez _____		
Décrivez clairement l'événement ou la série d'événements qui a entraîné l'accident (donnez des précisions sur les facteurs qui ont contribué à l'accident : moment, équipement, lieu, tâche, organisation, personnes impliquées, etc.) : _____ _____ _____ _____ _____						
J'atteste avoir rempli moi-même cette section (initiales de l'employé-e accidenté-e) _____						
Témoin(s) oculaire(s) : _____						
<b>7 SIGNATURE</b>						
Je, soussigné-e, confirme avoir été victime de l'événement décrit ci-haut			J'atteste avoir pris connaissance du présent rapport			
_____ Employé-e accidenté-e	_____ Date	_____ Supérieur-e immédiat-e	_____ Date			

**RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE L'UNITÉ ADMINISTRATIVE**

**S.V.P. Cochez la case appropriée :** **AVEC PERTE DE TEMPS**  (qui entraîne un arrêt de travail recommandé par un médecin, et ce, au-delà du jour de l'événement)

**SANS PERTE DE TEMPS**  (qui n'entraîne pas d'absence du travail au-delà de la journée de l'événement)

1. Quels sont, selon vous, les facteurs contributifs à l'événement? _____ _____
2. Quelles sont les mesures correctives immédiates qui ont été prises suite à l'événement? Décrivez-les. _____ _____
3. Y a-t-il des mesures correctives ultérieures à prendre suite à l'événement? Décrivez-les. _____ _____