

**FORMULAIRE DE RAPPORT D'UN INCIDENT DE VIOLENCE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

École/Secteur : \_\_\_\_\_ Employé  Bénévole  Autre  \_\_\_\_\_

Personne(s) impliquée(s) : \_\_\_\_\_

Date de l'incident : \_\_\_\_\_

Endroit où l'incident a eu lieu (classe, laboratoire, autre lieu) : \_\_\_\_\_

Type d'incident : Verbal  Physique

Décrivez l'incident en question :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature de l'employé \_\_\_\_\_

Date remis à la direction de l'école \_\_\_\_\_

*Section réservée à la direction*

Date reçue : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'incident est considéré sévère : Oui  Non

Si l'incident est sévère :

Date que la Province (secteur provincial de la sécurité et l'hygiène du travail de Travail Manitoba) fut informée :

(1-800-282-8069) \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a eu un appel placé à la police / au 911 ? Oui  Non

Est-ce que l'on a encouragé l'employé à voir un médecin? Oui  Non

Informations additionnelles importantes à noter suite à l'enquête :

---

---

---

---

Action immédiate entreprise :

---

---

---

---

---

---

---

Recommandations (s'il y a lieu) :

---

---

---

---

Signature de la direction \_\_\_\_\_

Signature du co-président (incident sévère) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date que le rapport fut remis au Comité de santé et sécurité au travail : \_\_\_\_\_

*Section réservée au Comité de santé et sécurité au travail*

Date de la rencontre suite à l'incident : \_\_\_\_\_

Membres présents lors de la rencontre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recommandations additionnelles afin d'éliminer/atténuer la violence dans le milieu de travail suite à l'incident :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du président du Comité \_\_\_\_\_

Signature du co-président du Comité \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

---

*Section réservée au bureau divisionnaire*

Changements à apporter à l'école/secteur pour éliminer/atténuer la violence :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature de la Directrice des ressources humaines \_\_\_\_\_

Signature de la Direction générale \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Suivi : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_