ANNEXE E

Formulaire de signalement d’accident ou d’incident

**Partie A – Doit être remplie par les personnes directement impliquées ou blessées dans l’incident.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ Assistance médicale | ❑ Temps perdu | ❑ Renversement/contamination/diffusion dans l’environnement |
| ❑ Accident évité de justesse | ❑ Biens endommagés |

**IDENTIFIER LES PERSONNES IMPLIQUÉES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prénom : | Nom : |  |
| Date de l’incident (jour/mois/année)........../.........../.......... | Heure de l’incident (heures : minutes).......... : .......... |
| Date de l’évaluation médicale : (jour/mois/année)............./............/.......... | Heure de l’évaluation médicale(heures : minutes)........... : ........... |
| ❑ Infirmière de l’école ❑ Hôpital ❑ Médecin de clinique ou de famille |
| Les détails exacts de la blessure ou de la maladie et du traitement (p. ex., partie du corps touchée, coupure, foulure, bleu, symptômes de la maladie et date de l’apparition, etc.) : |
| Formulaire W.C.B. : (Veuillez cocher) ❑ A été préparé et transmis ❑ Non demandé |
| Description de l’incident (ajoutez des feuilles supplémentaires si nécessaire)Expliquez exactement la chronologie des évènements qui ont provoqué l’incident, le lieu de l’incident, ce que la personne était en train de faire, la taille, le poids et le type d’équipement ou de matériel utilisé, etc. |

|  |
| --- |
| **TEMOINS (le cas échéant)** |
| Nom : | Département : | No de téléphone : |
| **BIENS ENDOMMAGÉS** |
| Identifiez le bien concerné. Indiquez le nom de la machine, de l’outil, etc. : | Description des dommages ou des pertes : | Valeur estimée de la perte : |
| Parent/tuteur à informer : | No de téléphone : |  |
| Rempli par : | Date : | Nom en lettres moulées : |
|  | Transmettreau superviseur immédiatement : | Signature : |

**Partie B – À remplir par le superviseur dans un délai de 24 heures.**

|  |
| --- |
| Pourquoi cela est-il arrivé? (conditions et actions qui ont contribué à la blessure ou l’incident) |
| Notification du parent/tuteur : | Nom : Date : Heure : |
| Actions correctives pour éviter que ces évènements se reproduisent : | Mesure à prendre - Personne et date : |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Enquête effectuée par : | Titre : |
| No de téléphone : | Date : | Signature : |