**DIRECTIVES**

1.- Une copie de ce formulaire doit être complétée pour tout accident avec ou sans perte de temps concernant un membre du personnel.

2.- Le formulaire doit être complété dans les plus brefs délais suivant l’événement.

3.- Le travailleur concerné complète lui-même la première page du formulaire (si possible) et la remet à son supérieur immédiat, auquel il peut également s’adresser pour plus d’information sur la façon de compléter la première page du formulaire.

4.- Le supérieur immédiat prévient sans délai le Service des ressources humaines si le travailleur doit ou a dû s’absenter, complète sa partie en recueillant toute l’information nécessaire dont la version des témoins, le cas échéant, et fait suivre le formulaire au Service des ressources humaines, le tout dans les 24 heures de l’événement.

5.- Imprimer ce document recto-verso, si votre imprimante le permet.

6.- Veuillez faire parvenir au syndicat une copie de ce document par courriel.

**FIN DES DIRECTIVES**

Centre de servies scolaires des Chic-Chocs
102, rue Jacques-Cartier

Gaspé (Québec) G4X 2S9

Téléphone : (418) 368-3499

Télécopieur : (418) 368-6531

RAPPORT D’ENQUÊTE ET ANALYSE

PARTIE 1 : Déclaration du travailleur

**Voir directives au verso**.

|  |  |
| --- | --- |
| ***1. IDENTIFICATION*** |  |
| Nom : Prénom : Titre d’emploi : Statut : (Ex. : tech. en informatique) (Ex. : permanent)Lieu de travail : (Bâtiment) |
| ***2. DESCRIPTION DE L’ÉVÉNEMENT*** |  |
| D L M M J V SDate de l’événement : Jour :Heure de l’événement : Lieu de l’événement : (Préciser)Description de l’événement : (Précisez ce qui est arrivé, comment c’est arrivé, ainsi que les équipements impliqués, s’il y a lieu.) |
| Nom des témoins :  |
| Personne avisée : Date : Heure :  |
| ***3. RÉSULTAT*** |  |
| Description de la blessure : Partie du corps : (Précisez droite ou gauche)Premiers soins reçus : Nature des dommages matériels (s’il y a lieu) :  |
| ***4. ANALYSE*** |  |
| D’après vous, pourquoi cet événement s’est-il produit ?  |
| ***5. PRÉVENTION*** |  |
| Qu’est-ce qui pourrait être fait afin de prévenir la répétition d’un événement de la sorte ?  |

Signature du travailleur : Date :