

Nom de la victime : _____

Téléphone : _____

Fonction : _____

Lieu de travail : _____

DESCRIPTION DU PRÉSUMÉ AGRESSEUR

Nom du présumé agresseur : _____

- Supérieur Parent Collègue Tuteur Élève
 Visiteur Employé sous sa responsabilité Autre, précisez : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

- Harcèlement psychologique Harcèlement sexuel Violence

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Coup | <input type="checkbox"/> Menace | <input type="checkbox"/> Physique |
| <input type="checkbox"/> Poussée | <input type="checkbox"/> Harcèlement | <input type="checkbox"/> Verbale |
| <input type="checkbox"/> Morsure | <input type="checkbox"/> Égratignure | <input type="checkbox"/> Abus de langage |

Autre : _____

Date de l'événement : _____ Heure : _____ Lieu : _____

Témoins : _____

SYNTHÈSE DE L'ÉVÉNEMENT

AUTRES RENSEIGNEMENTS (cochez s'il y a lieu)

- Mesures prises contre l'agresseur Soins médicaux
 Formulaire d'accident de travail complété Intervention de la police

Signature de l'employé(e)

Date

Veillez faire parvenir ce formulaire à l'adresse courriel reshumaines@cssdgs.gouv.qc.ca