

Section 1 – Informations sur la victime

N° de référence :					Employé victime :	Nom, prénom		Matricule (paie)
Date et heure de l'événement :	AAAA	MM	JJ	HH	MM	Supérieur de l'employé :	Nom, prénom	Fonction
Direction :					Division :			
Lieu au moment de l'événement :					Tâche au moment de l'événement :			

Section 2 – Informations sur l'agresseur

Sexe :	Femme : <input type="checkbox"/>	Homme : <input type="checkbox"/>	Agresseur :	Nom, prénom (si connu)
Récidive :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	Adresse (si connu) :	
Informations supplémentaires :				

Section 3 – Type d'agression

Violence Physique		Violence psychologique	
Se faire lancer un objet :	<input type="checkbox"/>	Menaces (verbales, écrites, gestuelles) :	<input type="checkbox"/>
Se faire cracher sur soi :	<input type="checkbox"/>	Propos (injurieux, humiliants, vexatoires, grossiers, insultants) :	<input type="checkbox"/>
Recevoir gifle, coup de poing ou coup de pied :	<input type="checkbox"/>		
Recevoir coup avec un objet :	<input type="checkbox"/>	Atteinte à la réputation (diffamation, dénigrement, discrédit) :	<input type="checkbox"/>
Morsure, égratignure, griffure :	<input type="checkbox"/>		
Bousculade :	<input type="checkbox"/>	Discrimination (sexe, race, religion, etc.) :	<input type="checkbox"/>
Vandalisme :	<input type="checkbox"/>	Harcèlement :	<input type="checkbox"/>
Autre (Préciser) :	<input type="checkbox"/>		

Section 4 – Description de l'événement selon la version de la victime

Nom de l'employé

Signature de l'employé

Date

Section 5 – Mesures prises

Intervention de la police :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	N° de rapport de police :		
Soins médicaux :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	Déclaration d'événement accidentel complété :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
Mesures prises contre l'agresseur :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>			
Description des mesures :					

Nom du supérieur

Signature du supérieur

Date