**Rapport d’incident - employé**

**Nom de l’école :**  **Occupation :**

*Ce rapport doit être rempli par tous et remis dans les* ***24 heures*** *suivant l’incident. Une fois complété, celui-ci doit être envoyé à Ezéchias Touko Leumassi et Roxanne Morneau,* ***en ajoutant les deux destinataires dans le même courriel pour que ce soit envoyé aux deux dans le même envoi.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Nom du blessé :** | | **Lieu de l’incident :** | |
| **Date de l’incident** : | | **Heure précise**: | **Date de rapport de l’incident, si différente** : |
| **Autres personnes impliquées** |  | **Rôle :** | |
|  | **Rôle :** | |
|  | | | |
| Consentement 060920**Localisation de la blessure (encerclez)** | | **Circonstances et description de l’incident et de la blessure *(soyez le plus précis possible; utilisez le verso si nécessaire)* :** | |
| **Mesures correctives mises en place par la direction :** | | **Soins administrés à la victime:** | |
| **Est-ce que les services d’urgence ont été contactés (policiers, pompier, ambulanciers) ?**  Oui  Non | | | |
| **Témoins de l’incident :** | | | |
| **Rapport WCB complété? www.wcb.ab.ca**  Oui  Non | | **Rapport WCB envoyé au Bureau Central (ressources humaines)**  Oui  Non | |
| **Nom complet du secouriste (lettres moulées):** | | | |
| **Signature du secouriste** | | **Signature de la direction (obligatoire)** | |

**Informations pour compléter le rapport d’incident**

**Nom du blessé** : indiquer le nom complet

**Lieu de l’incident** : soyez spécifique

**Date de l’incident** : indiquez le jour, le mois et l’année de l’incident

**Heure** : veuillez indiquer l’heure la plus exacte possible (ex : 14 h 15)

**Date du rapport de l’incident** : si le rapport est complété à une date ultérieure de la date de l’incident, veuillez indiquer cette autre date et soyez consistant avec la date que vous indiquez au bas du rapport d’incident

**Noms des personnes impliquées** : donnez le prénom et le nom de famille des personnes impliquées dans l’incident et leur rôle (ex : élève)

**Dessin** **- localisation de la blessure** : veuillez encercler l’endroit de la blessure

**Circonstances et description de l’incident et de la blessure** : décrivez les signes et les symptômes répondez à ces questions :

1. Qui?
2. Quoi?
3. Quand?
4. Comment?
5. Où?

* Il est très important de donner le plus de renseignements possible, cela nous permettra d’enquêter sur l’incident et d’effectuer des mesures correctives si nécessaire.

**Soins administrés à la victime** : veuillez préciser les premiers soins effectués par le secouriste

**Mesures correctives :** ce que la direction de l’école a mis en place pour éviter ce genre d’incident

**Services d’urgence :** si le 911 a été contacté veuillez donner des précisions

**Témoins de l’incident** : Donner le nom complet des personnes qui ont été témoin de l’incident

**Rapport WCB** : veuillez cocher la case qui s’applique. Le rapport doit être rempli par l’employé si :

* l’employé a besoin d’un traitement médical après les premiers soins, ou
* l’employé ne peut pas travailler suite à l’accident.

**Nom du secouriste** : veuillez indiquer le nom de la personne qui a effectué les premiers soins

**Signature** : ne pas oublier de signer le rapport et de faire signer votre direction d’école

**Procédures :**

**Il est très important de remplir toutes les sections du rapport.**

**Une fois le rapport complété et signé, veuillez envoyer une copie par courriel à Ezéchias Touko Leumassi** [**etleumassi@centrenord.ab.ca**](mailto:etleumassi@centrenord.ab.ca) **et à Roxanne Morneau** [**rmorneau@centrenord.ab.ca**](mailto:rmorneau@centrenord.ab.ca)**, en ajoutant les deux destinataires dans le même courriel pour que ce soit envoyé aux deux dans le même envoi.**

L’une d’elles contactera l’employé pour faire un suivi de l’incident et une enquête aura lieu, si besoin.

Merci de votre collaboration!