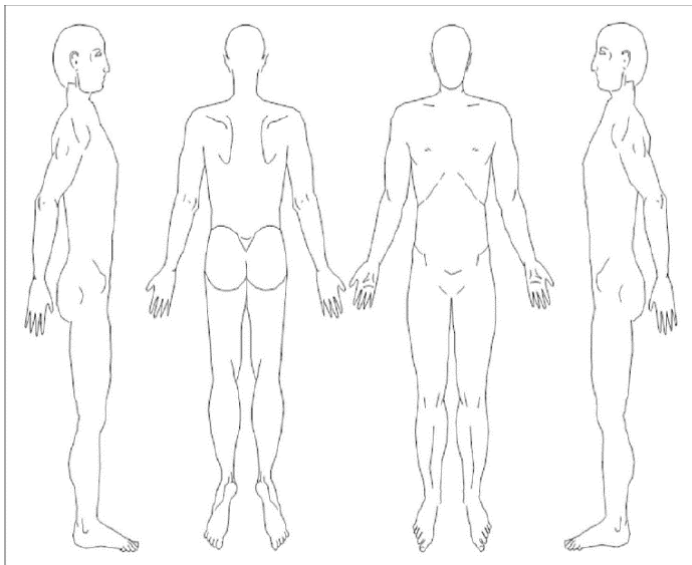


IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À L'ORIGINE DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT VIOLENT

- Élève Collègue
 Client Supérieur
 Parent – tuteur Autre (précisez) :

Indiquez sur le schéma à quel endroit vous avez été blessé



Nature de la blessure (égratignure, coupure, ecchymose, etc.) :

Décrire la douleur s'il y a lieu :

Agressions verbales ou écrites	Agressions non verbales
<input type="checkbox"/> Cris avec colère <input type="checkbox"/> Langage grossier <input type="checkbox"/> Insulte, intimidation <input type="checkbox"/> Propos à connotation sexuelle <input type="checkbox"/> Menace indirecte ou voilée <input type="checkbox"/> Menace verbale <input type="checkbox"/> Menace de mort	<input type="checkbox"/> Regard intimidant, menaçant <input type="checkbox"/> Geste intimidant, menaçant <input type="checkbox"/> Crachat dans votre direction sans vous atteindre <input type="checkbox"/> Objet lancé dans votre direction sans vous atteindre <input type="checkbox"/> Attitude ou comportement de mépris, de provocation ou d'intimidation <input type="checkbox"/> Geste à connotation sexuel <input type="checkbox"/> Menace avec un objet (piquant, tranchant, contondant)

Agressions contre les objets	Agressions physiques
<input type="checkbox"/> Claquer la porte <input type="checkbox"/> Mettre tout en désordre <input type="checkbox"/> Lancer des objets <input type="checkbox"/> Frapper sur des objets ou du mobilier <input type="checkbox"/> Briser des objets ou du mobilier <input type="checkbox"/> Vol d'objet personnel <input type="checkbox"/> Mettre le feu	<input type="checkbox"/> Cracher dessus <input type="checkbox"/> Tirer les cheveux <input type="checkbox"/> Agripper les vêtements <input type="checkbox"/> Mordre <input type="checkbox"/> Pincer, égratigner <input type="checkbox"/> Frapper (coup de pied/coup poing), gifler, bousculer <input type="checkbox"/> Attaquer avec un objet (piquant, tranchant, contondant) <input type="checkbox"/> Toucher les parties intimes
Agressions contre soi (la personne s'agresse)	
<input type="checkbox"/> S'égratigne la peau, se tire les cheveux <input type="checkbox"/> Se frappe la tête <input type="checkbox"/> S'inflige des lacérations ou des brûlures <input type="checkbox"/> S'automutile de façon importante (morsure au sang, avale des objets, grave lacération) <input type="checkbox"/> Fait une tentative de fugue <input type="checkbox"/> Fait une tentative de suicide	

Avez-vous des pistes de solution à formuler pour prévenir ce genre d'événement? Si oui, lesquelles :

Signature de l'employé-e

Date (AAAA/MM/JJ)