**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.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **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 prénom et le nom de famille

**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 minute (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 nouvelle 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.**

L’agente de santé et sécurité contactera l’employé pour faire un suivi de l’incident et une enquête aura lieu.

Une fois le rapport complété et signé, veuillez envoyer une copie par courriel à Emilija Lukic à l’adresse suivante : elukic@centrenord.ab.ca.

Merci de votre collaboration!