


**Nom de la victime :** \_\_\_\_\_ No. tél.: \_\_\_\_\_

 Sexe : Femme  Homme 

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

**Description de l'agresseur :**

 Sexe : Femme  Homme 

 Fonction : Supérieur  Parent  Collègue  Visiteur  Élève  Autre 
**Endroit de l'accident ou de l'incident :**

 Salle de classe  Corridor  Cour d'école  Cafétéria  Autre 

Date : \_\_\_\_\_ Témoin : \_\_\_\_\_

**Identification de l'événement :**
**Violence physique :**

 Se faire lancer un objet : 

 Se faire cracher sur soi : 

 Recevoir gifle, coups de poing ou pied : 

 Recevoir coup avec un objet : 

 Morsures, égratignures, griffures : 

 Bousculade : 

 Menace de coup : 

 Menace de mort : 

 Menace avec une arme ou un objet : 

 Autre : 
**Violence psychologique :**

 Menaces (verbales, écrites, gestuelles) : 

 Propos (injurieux, humiliants, vexatoires, grossiers, insultants) : 

 Atteinte à la réputation (diffamation, dénigrement, discrédit) : 

 Discrimination (sexe, race, religion, etc.) : 

 Vandalisme : 

 Harcèlement : 

 Autre : 
**Description :**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Mesures prises contre l'agresseur :** Oui  Non 
**Intervention de la police :** Oui  Non 
**Soins médicaux :** Oui  Non 
**Formulaire d'accident du travail complété :** Oui  Non 

 Copie à : **Responsable SST ou personne déléguée**   
 de l'établissement

**SERD**  **Victime**  **Direction**