

Rapport d'incident

Informations personnelles

Nom _____	Prénom _____	Matricule _____
Courriel _____	Téléphone _____	Département _____

Date et lieu de l'incident

Date _____	Local _____	
<input type="checkbox"/> Alexandre-Taché	<input type="checkbox"/> Saint-Jérôme	<input type="checkbox"/> Lucien-Brault
<input type="checkbox"/> Ripon	<input type="checkbox"/> Lieu du stage	<input type="checkbox"/> À distance

Description de l'incident

<input type="checkbox"/> Incident physique	<input type="checkbox"/> Incident psychique	<input type="checkbox"/> Hygiène
Description de l'incident		

Blessures et malaise

--

Premiers soins, transport et témoins

--

Consentement

Je consens à ce que le SCCC-UQO transmette le dossier à l'UQO ainsi qu'à toute personne responsable de la santé et de la sécurité au travail à l'UQO. Le SCCC-UQO peut conserver le dossier pour une période de sept (7) ans.

_____	_____
Signature de la personne chargée de cours	Date