

Nom de la présumée victime : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Lieu de travail : \_\_\_\_\_

DESCRIPTION DU PRÉSUMÉ AGRESSEUR : Sexe : M  F

Supérieur  Collègue  Élève

Employé sous sa responsabilité  Parent ou tuteur

Visiteur  Autre  précisez : \_\_\_\_\_

DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT :

<u>Violence physique</u>	<u>Violence verbale</u>	<u>Violence sexuelle</u>
Coup <input type="checkbox"/>	Menace <input type="checkbox"/>	Physique <input type="checkbox"/>
Poussée <input type="checkbox"/>	Harcèlement <input type="checkbox"/>	Verbale <input type="checkbox"/>
Morsure <input type="checkbox"/>	Abus de langage <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Égratignure <input type="checkbox"/>	Fausse allégation <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	

Précisez \_\_\_\_\_

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Témoin(s) : \_\_\_\_\_

Synthèse de l'événement : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature de la présumée victime \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance de la présente déclaration

Signature du supérieur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Copie donnée à :

Supérieur  Syndicat ou association  Présumée victime

Service des ressources humaines