

DÉCLARATION D'UN ÉVÈNEMENT dans un milieu de stage

Le stagiaire doit aviser son coordonnateur de stage dans les meilleurs délais. Suivre les procédures administratives du milieu de stage le cas échéant.

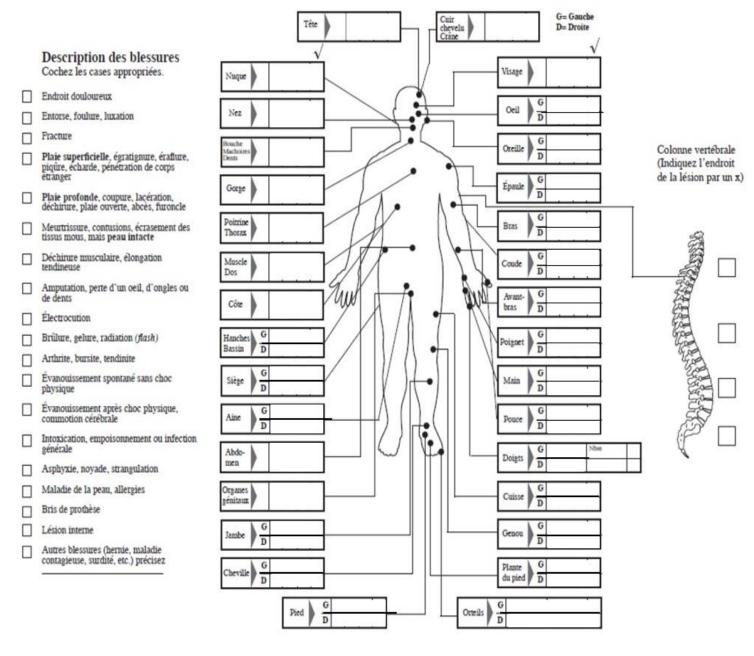
1. Identification du type d'événement et du lieu de stage				
Accident AVEC blessure	Inst	itution / entreprise		
Incident (qui aurait pu causer une		*		
Maladie professionnelle		ponsable de stage		
Maux divers		arriel		
Autre, spécifiez :	Nui	néro de téléphone		
2. Détails sur la personne atteinte par l'évènement				
Nom de famille		Numéro d'étudiant		
Prénom		Sexe M/F/autre		
Adresse		Date de naissance		
Courriel		Numéro de téléphone		
Coordonnateur de stage au Collège		Discipline		
3. Déclaration de la personne at	tainta man Hárràn ann ant	on ani déalona un énémement		
3. Déclaration de la personne at	teinte par i evenement (ou qui deciare un evenement		
Date de l'événement (JJ-MM-AAAA)		Heure AM \bigcirc PM \bigcirc		
Date de la déclaration de l'événement		Heure AM \bigcirc PM \bigcirc		
Lieu de l'évènement (préciser local, adresse endroit, etc.)	е,			
Les faits : (Décrire minutieusement comment est survenu l'événement. Au besoin, mettre en annexe croquis, photos, documents, etc.)				
Ce qui semble avoir causé l'évènement	<u>t</u> :			
État des lieux (sol, éclairage, température, brui	it, etc.) 🗖 Spécifiez :			
Équipement (outil, matériel, machine, mobilier, etc.)				
Autre Spécifiez :				
Y a-t-il eu dommage matériel ?: NON OUI O si oui, spécifiez:				
4. Mesure(s) corrective(s) réalisée(s) afin d'assurer la sécurité des personnes et des lieux				
Date (JJ-MM-AAAA) Mesure(s) correct	tive(s)	Responsable		
5. Identification du ou des témoin(s)				
Y avait-il un/des témoin(s) de l'évènement ? Non Oui , spécifiez :				
Témoins Nom et prénom	11011 0 011	Fonction (étudiant, employé, personne externe,	etc.)	

6. Lésion(s) ou maux divers

Cochez:

1) Nature de la lésion

2) Parties du corps touchées



Précisions:

7. Premiers soins/secours				
Décrire les premiers soins ou les premiers secours donnés :				
Determ à con etcos	NON O OUI O			
Retour à son stage	NON OUI O, si oui indiquez l'heure AM OPM :			
Sinon, la personne a été transportée	À l'hôpital () À la maison () Autre () Spécifiez :			
Indiquez le moyen de transport utilisé	Ambulance, no	O Taxi O Voiture O Autre O Spécifiez :		
La personne a refusé d'aller à l'hôpital malgré les recommandations OUI () S/O ()				
Signature de la personne blessée :				
Nom de la personne contactée en cas d'urge	nce:			
Lien avec la personne blessée		Numéro de téléphone		
7.1 Identification du accomiste qui e	nomnii la nonnant			
7.1. Identification du secouriste qui a	rempii ie rapport			
Nom et prénom :		Numéro de téléphone :		
Signature :		Date du rapport :		
8. Signature de la personne qui déclare u	ın événement			
Signature :		Date de la déclaration :		
Digitature		Date de la declaration.		