**Rapport d’incident**

Le présent rapport d’incident doit être rempli lorsqu’un événement qui aurait pu entrainer des dommages ou des blessures critiques ou graves est survenu. L’employé doit remplir la partie 1 et faire parvenir une copie du document à son supérieur immédiat le plus rapidement possible, ou au plus tard 24 heures après l’incident. Le supérieur immédiat doit remplir la partie 2 et faire parvenir le document au département des ressources humaines dans les plus brefs délais.

**Partie 1**

|  |
| --- |
| **Identification de l’employé** |
| Prénom :  | Nom :  |
| Numéro de matricule :  | Position :  |
| Date de l’incident : | Heure de l’incident : |
| Lieu de l’incident : |
| **Description de l’incident** |
| Description et déroulement : |
| Description des potentielles blessures ou conséquences : |
| Possibles causes de l’incident : |
| Personnes impliquées ou témoins : |
| Photos : |

**Signature de l’employé :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Partie 2**

|  |
| --- |
| **Identification du supérieur immédiat** |
| Prénom :  | Nom :  |
| **Mesures de prévention** |
| Causes de l’incident : |
| Mesures correctives à apporter : |
| Renseignements additionnels : |

**Signature du supérieur direct :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

