

RAPPORT D'ÉVÈNEMENT, DE SIGNALEMENT, DE PLAINTE

Nom de l'école :

Date de l'évènement :

Compte rendu complété par l'adulte témoin et remis à la direction.	
Qui dénonce :	
Qui est la victime présumée :	
Qui est l'auteur présumé :	
Détails de la situation: lieu, heure, date, témoin(s), geste(s) posé(s) ou paroles (indices de violence ou d'intimidation)	
Complété par :	Date :

Évaluation complétée par la direction ou par la personne qu'elle désigne et consignée au dossier de l'élève.	
Évaluez : nature, étendue, fréquence, durée et gravité	
Complété par :	Date :

Conflit¹
 Violence²
 Intimidation²

¹ Dans le cas d'un conflit, l'application des mesures de soutien et des conséquences s'effectue selon la nature, la gravité et la fréquence des comportements et suite à l'analyse du dossier, des besoins et difficultés de l'élève, et ce, en concordance avec les règles de conduite de l'école.

² Suite à l'évaluation, s'il s'agit d'une situation de violence ou d'intimidation compléter les sections au verso et transmettre au directeur général de la Commission scolaire.

Élèves impliqués :			
Victime	Niveau scolaire	Auteur	Niveau scolaire

Nature des évènements :					
INTIMIDATION					
Verbale	Écrite	Physique	Psychologique	Sexuelle	Électronique (cyberagression)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIOLENCE					
Verbale	Écrite	Physique	Psychologique	Sexuelle	Électronique (cyberagression)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieu :				
École <input type="checkbox"/>	Extérieur <input type="checkbox"/>	Transport scolaire <input type="checkbox"/>	Activité parascolaire <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Précisez :				

Suivi :		
Victime		
Communication avec les parents de la victime :	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez :
Date :	Non <input type="checkbox"/>	
Information sur le droit de recevoir de l'assistance :	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez :
Date :	Non <input type="checkbox"/>	
Soutien à la victime :	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez :
	Non <input type="checkbox"/>	

Auteur		
Communication avec les parents de l'auteur :	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez :
Date :	Non <input type="checkbox"/>	
Information sur le droit de recevoir de l'assistance :	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez :
Date :	Non <input type="checkbox"/>	
Soutien à l'auteur :	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez :
	Non <input type="checkbox"/>	
Sanction à l'auteur :	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
	Non <input type="checkbox"/>	

Complété par : _____ Date : _____

Signature de la direction de l'établissement : _____ Date : _____