

Rapport d'enquête d'accident concernant les VOLS À MAIN ARMÉE

Vol à main armée perpétré le : _____

Heure : _____

No succursale ou direction _____

Adresse _____

S'agit-il du premier vol à main armée à votre succursale : oui _____
non _____

Principaux Témoins : _____

Y-a-t-il eu une période d'activité de désamorçage : oui _____
non _____

EST-CE QU'IL Y A UN TRAVAILLEUR OU UNE TRAVAILLEUSE QUI A SUBIE
DES BLESSURES,

c'est-à-dire des dommages **PHYSIQUES** ou **PSYCHOLOGIQUES**.

Oui _____

Non _____

Si oui, remplir le formulaire victime d'acte criminel pour chaque travailleur, chaque
travailleuse

Victime d'acte criminel

Nom de l'employé (e) _____

Poste Occupé RGP _____ ASAC _____ CSP _____ Professionnel _____

No Tel personnel _____

Statut : t.plein _____ t.partiel _____ temporaire _____ agence _____

Adresse personnelle :

Employé (e) dirigé vers ressource Oui _____ (cochez la ressource offerte)
Non _____

Programme d'aide aux employées _____ no tel : 1-800-667-2683 ou 514- 747-8888

C.L.S.C. _____

C.S.S.T. _____

Si non
pourquoi _____

Arrêt de travail : oui _____ Date arrêt de travail _____
Non: _____

Nom du représentant en Santé et Sécurité _____

Signature _____

Copie : Louise Lemieux, responsable Santé sécurité SEPB 434,

Par courrier interne à la succursale 120, Québec

