Ce formulaire vise à recueillir les éléments nécessaires pour constituer un signalement en lien avec un risque potentiel d’accident du travail et/ou une maladie professionnelle. Le membre du personnel qui souhaite formuler un signalement doit remplir le formulaire et le remettre à sa direction d’établissement qui le transmettra à la personne responsable de la commission scolaire. Le formulaire rempli doit être acheminé, par courriel, au rmaterielles@csdessommets.qc.ca. Vous pouvez ajouter des fichiers joints en guise de complément d’information (photo, par exemple).

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU LIEU**
 |
| Nom de l’établissement : |       | Unité administrative : |       |  |
| [ ]  Établissement [ ]  Terrain | Numéro de local ou autre: |       |  |
| Endroit spécifique : |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **DESCRIPTION DE LA SITUATION**
 |
|       |
| Situation constatée le : |       | Constaté par : |       |  |
| Signature du demandeur : |  | Date : |       |  |
|  |  |  |
| 1. **RÉSERVÉ À LA DIRECTION D’ÉTABLISSEMENT**
 |
| Date de réception de la demande : |       | Requête effectuée auprès du SRM : | [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |
| **Action entreprise, commentaire ou recommandation** |
|       |
| Signature de la direction : |  | Date : |       |  |
|  |
| 1. **RÉSERVÉ AU SERVICE DES RESSOURCES MATÉRIELLES**
 |
| **Demande reçue le :**  |       |  |
|  |
| **Nature de la demande** |
|       |
| **Diagnostic et suivi apportés** |
|       |
| Retour auprès de la direction d’établissement effectué le : |       |  |
|  |  |  |  |  |
| Signature du responsable du Service des ressources matérielles |  |  | Date |
|  |