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](mailto: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 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |