

Partie 1: (À PRÉSENTER DANS LES 24 HEURES SUIVANT L'INCIDENT GRAVE)	
RÉGION (cocher une région) <input type="checkbox"/> TORONTO <input type="checkbox"/> LONDON <input type="checkbox"/> BARRIE <input type="checkbox"/> OTTAWA <input type="checkbox"/> NORTH BAY / SUDBURY <input type="checkbox"/> THUNDER BAY <input type="checkbox"/> AUTRE	Personne contacte au ministère de l'Éducation :
Nom du fournisseur de services (et programmes) : _____ Adresse du site (complète) : _____	Directeur exécutif : _____ Président du conseil / Propriétaire : _____ le cas échéant Numéro de téléphone : _____ Adresse courriel : _____
DATE DE L'INCIDENT (JJ/MM/AAAA) : _____ HEURE DE L'INCIDENT (SI POSSIBLE) : _____ (00 h 00 à 24 h 00)	DATE ET HEURE OÙ L'INCIDENT A ÉTÉ JUGÉ GRAVE* : (JJ/MM/AAAA) : _____ HEURE : _____ (00 h 00 à 24 h 00)
* SI PLUS DE 24 HEURES SE SONT ÉCOULÉES DEPUIS LA DATE ET L'HEURE DE L'INCIDENT, VEUILLEZ EXPLIQUER :	
REMPLI PAR : _____ POSTE : _____ N° DE TÉL. : _____	

SECTION A : DONNÉES SUR LE CLIENT

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Âge
1.	1.
2.	2.

SECTION B : CATÉGORIES D'INCIDENTS GRAVES (cocher une catégorie seulement)

<input type="checkbox"/>	1. Décès d'un enfant	<input type="checkbox"/>	4. Disparition d'un enfant (si l'enfant est toujours porté disparu au moment de transmettre le rapport) (Nota : Le ministère doit être avisé du dénouement de cet incident.)
<input type="checkbox"/>	2. Blessure grave infligée à un enfant nécessitant les soins d'un professionnel de la santé réglementé (médecin, infirmière, dentiste, etc.) et/ou blessure grave ayant nécessité l'intervention de la police, des pompiers, d'une ambulance, de services médicaux d'urgence ou de professionnels paramédicaux	<input type="checkbox"/>	5. Situation fortement susceptible de provoquer la critique du public envers le ministère de l'Éducation et/ou pouvant entraîner des questions de la part des médias
<input type="checkbox"/>	3. Mauvais traitements ou négligence présumés		

SECTION C : DÉTAILS RELATIFS À L'INCIDENT GRAVE

RÉSUMÉ DE L'INCIDENT— cocher cette case si une ou plusieurs pages additionnelles sont jointes à la présente
 Décrivez ce qui s'est passé, où et quand l'incident a eu lieu et les mesures prises par le fournisseur de services.

<p>QUI A ÉTÉ AVISÉ ?</p> <p><input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Parent/tuteur, tutrice/personne-ressource en cas d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> SERVICES D'AIDE À L'ENFANCE VEUILLEZ PRÉCISER : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre VEUILLEZ PRÉCISER : _____</p> <p>VEUILLEZ PRÉCISER : _____</p>	<p>AUTRES MESURES PROPOSÉES PAR LE FOURNISSEUR DE SERVICES</p> <p><input type="checkbox"/> cocher cette case si une ou plusieurs pages additionnelles sont jointes à la présente</p>
<p>INSTRUCTIONS DONNÉES, LE CAS ÉCHÉANT, PAR LE MINISTÈRE - <input type="checkbox"/> cocher cette case si une ou plusieurs pages additionnelles sont jointes à la présente</p>	

Partie 2 : (À PRÉSENTER DANS LES 7 JOURS QUI SUIVENT LE RAPPORT D'ENQUÊTE D'INCIDENT GRAVE SI D'AUTRES MESURES SONT PRISES OU DEMANDÉES)

<p>SITUATION ACTUELLE/ÉTAT ACTUEL DES CHOSSES :</p>	<p>ALLÉGATION/POINT DE VUE DU CLIENT (S'IL Y A LIEU) :</p>
<p>AUTRES MESURES PROPOSÉES PAR LE FOURNISSEUR DE SERVICES :</p>	<p>S'ATTEND-ON À CE QUE CECI SOIT LE SEUL (OU LE DERNIER) RAPPORT PRÉSENTÉ POUR CET INCIDENT GRAVE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si « Non » expliquer :</p>

SECTION D : SIGNATURE DU RAPPORT D'ENQUÊTE D'INCIDENT GRAVE EN GIUSE D'APPROBATION

<p>PRODUIT PAR (NOM ET POSTE)</p>	<p>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</p>	<p>DATE ET HEURE DE PRODUCTION DU RAPPORT :</p> <p>(JJ/MM/AAAA) : _____ HEURE : _____ (00 H 00 À 24 H 00)</p>
--	-----------------------------------	--

DÉTAILS SUPPLÉMENTAIRES (AU BESOIN)

VEUILLEZ INDIQUER À QUELLE SECTION DE LA PAGE PRÉCÉDENTE SE RAPPORTENT LES RENSEIGNEMENTS CI-APRÈS.