

**Partie 1 : (À PRÉSENTER DANS LES 24 HEURES SUIVANT L'INCIDENT GRAVE)**

**RÉGION (cocher une région) :**

- TORONTO    LONDON    BARRIE    OTTAWA  
 NORTH BAY/SUDBURY    THUNDER BAY  
 AUTRE

Personne-ressource au ministère de l'Éducation :

**Nom du fournisseur de services (et programme) :**

**Adresse du site (complète) :**

**Directeur(trice) général(e) :**

**Président(e) du conseil d'administration/Propriétaire\* :**

\* s'il y a lieu

**Numéro de téléphone :**

**Courriel :**

**DATE DE L'INCIDENT (JJ/MM/AAAA):**

**HEURE DE L'INCIDENT (SI CONNU) :** \_\_\_\_\_

0 h à  24 h

**DATE ET HEURE OÙ L'INCIDENT A ÉTÉ JUGÉ GRAVE\***

(JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

**HEURE :** \_\_\_\_\_  0 h à  24 h

**\* SI PLUS DE 24 HEURES SE SONT ÉCOULÉES DEPUIS LA DATE ET L'HEURE DE L'INCIDENT, VEUILLEZ EXPLIQUER :**

**REPLI 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)  (Remarque : 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.) 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 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.*

## Signalement d'incident grave

eyibsor@ontario.ca

**QUI A ÉTÉ AVISÉ?** Police  Parent/Tuteur(trice)/personne-ressource  
en cas d'urgence Société d'aide à l'enfance

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

 Autre (VEUILLEZ PRÉCISER) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Veuillez préciser :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**AUTRES MESURES PROPOSÉES PAR LE  
FOURNISSEUR DE SERVICES** *cocher cette case si une ou plusieurs  
pages additionnelles sont jointes à la  
présente***INSTRUCTIONS DONNÉES, LE CAS ÉCHÉANT, PAR LE MINISTÈRE -**  *cocher cette case si une ou plusieurs  
pages additionnelles sont jointes à la présente***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)****SITUATION ACTUELLE/ÉTAT ACTUEL DES CHOSES :****ALLÉGATIONS/POINT DE VUE DU CLIENT (S'IL Y A  
LIEU) :**

<b>AUTRES MESURES PROPOSÉES PAR LE FOURNISSEUR DE SERVICES</b>	<b>S'ATTEND-ON À CE QUE CECI SOIT LE SEUL (OU LE DERNIER) RAPPORT PRÉSENTÉ POUR CET INCIDENT GRAVE?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si « non », expliquez :
--	--

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

<b>PRODUIT PAR (NOM ET POSTE)</b>	<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b>	<b>DATE ET HEURE DE PRODUCTION :</b>  (JJ/MM/AAAA) : _____  HEURE : _____ <input type="checkbox"/> 0 h à <input type="checkbox"/> 24 h
-----------------------------------	----------------------------	--

**DÉTAILS SUPPLÉMENTAIRES (AU BESOIN) :**

**VEUILLEZ INDICER À QUELLE SECTION DE LA PAGE PRÉCÉDENTE SE RAPPORTENT LES RENSEIGNEMENTS CI-APRÈS**