

4.4 Fiche de dénonciation d'une situation de violence

RENSEIGNEMENT SUR L'ÉVÈNEMENT (Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

Nom de la personne qui signale l'événement : _____

Élève Direction Enseignant Personnel professionnel Personnel de soutien Parent

Classe / groupe, s'il y a lieu _____

Date de l'événement : _____ Endroit : _____ Heure : _____

AUTEUR DU GESTE

Nom de la personne « agresseur » _____ Classe / groupe, s'il y a lieu _____

Féminin Masculin

PERSONNE TÉMOIN DU GESTE

Nom de la personne	Fonction

Je rassure et informe le ou les témoins de la prise en charge de la situation.

PERSONNE VICTIME DU GESTE

Nom de la personne « victime » : _____ Classe / groupe, s'il y a lieu _____

Élève Direction Enseignant Personnel professionnel Personnel de soutien

DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT

NATURE DE L'ACTE POSÉ

VIOLENCE PHYSIQUE		VIOLENCE VERBALE		VIOLENCE SOCIALE	
Briser/voler des biens ciblés		Donner des surnoms		Ignorer volontairement	
Cracher sur/vers quelqu'un		Faire des plaisanteries blessantes		Exclure d'un groupe	
Bousculer		Insulter		Rejeter	
Donner des coups		Humilier		Répandre des rumeurs	
Frapper		Ridiculiser		Harceler/obliger à commettre des actes	
Se battre		Menacer		Autre :	
Autre :		Autre :			
VIOLENCE PAR VOIE ÉLECTRONIQUE				VIOLENCE EN LIEN AVEC LA SEXUALITÉ	
courriels <input type="checkbox"/>	messages textuels <input type="checkbox"/>	photo cellulaire <input type="checkbox"/>			
Faire des commentaires désobligeants (ridiculiser, blesser, gêner)				Émettre des commentaires sexuels abusifs	
Partager des images ou courriels sans l'autorisation				Faire des gestes de nature sexuelle	
Révéler des secrets				Harceler/attoucher sexuellement	
Briser une réputation/relation				Autre :	
Publier du contenu compromettant sur quelqu'un					
Menacer					

RAPPORT DE FORCE EXISTANT : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
Taille		Handicap		Statut socio-économique	
Âge ou sexe		Élève en difficulté d'adaptation		Statut d'autorité	
Niveau scolaire		Verbaux moteur/ timide		Compétences particulières	
Classe spéciale/classe ordinaire		Services spécialisés (orthopédagogie)		Caractère multi-ethnique	
Groupe/ individu		Popularité		Autres	

INTERVENTIONS POSÉES

	VICTIME	AGRESSEUR
État émotionnel déclaré par la personne :		
Ce genre d'incident s'est-il déjà produit (récidive)? Si oui, indiquer le nombre de fois Et depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas _____ _____
Gestes posés pour arrêter la situation face à :		
Les parents ont été informés :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> agenda <input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> agenda <input type="checkbox"/> autres

Signature _____

Date _____

RECOMMANDATIONS DE LA DIRECTION

SUIVI OU ÉVALUATION PAR :

- TES (ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ)
 PSYCHOÉDUCATEUR
 PSYCHOLOGUE

- CLSC
 RESSOURCE EXTERNE _____
 POLICIER COMMUNAUTAIRE
 AUTRES : _____

DATE : _____

SIGNATURE : _____

- CONCLUSION :
- SITUATION D'INTIMIDATION
 - SITUATION VIOLENCE
 - SITUATION CONFLICTUELLE
 - HABILITÉS/JUGEMENTS SOCIALES
 - AUTRES