



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES
ET DE L'EMPLOI

MINISTÈRE
DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

COMITÉ D'HYGIENE ET DE SÉCURITÉ DE VAUCLUSE

FICHE DE SIGNALEMENT

Suite à une agression (verbale, physique)

ACMO destinataire du signalement	DIRECTION concernée												
<p>Nom prénom :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Télécopie :</p> <p>Courriel :</p>	<p>Service :</p> <p>Agent concerné :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Chef de Service :</p> <p>Téléphone :</p>												
<p>Date de l'événement :</p> <p>Heure :</p> <p>Lieu (service, locaux, précisions):</p> <p>Déclaration d'accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non date :</p> <p>Dépôt de plainte : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non date :</p>	<p>Qualité de :</p> <table border="0"> <tr> <td>Victimes</td> <td>Auteurs</td> <td>Témoins</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agents</td> <td><input type="checkbox"/> Agents</td> <td><input type="checkbox"/> Agents</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Usagers</td> <td><input type="checkbox"/> Usagers</td> <td><input type="checkbox"/> Usagers</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres</td> <td><input type="checkbox"/> Autres</td> <td><input type="checkbox"/> Autres</td> </tr> </table> <p>Interventions : <input type="checkbox"/> du personnel <input type="checkbox"/> des pompiers <input type="checkbox"/> des forces de l'ordre <input type="checkbox"/> d'un médecin ou du SAMU <input type="checkbox"/> du médecin de prévention <input type="checkbox"/> Autres</p>	Victimes	Auteurs	Témoins	<input type="checkbox"/> Agents	<input type="checkbox"/> Agents	<input type="checkbox"/> Agents	<input type="checkbox"/> Usagers	<input type="checkbox"/> Usagers	<input type="checkbox"/> Usagers	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Autres
Victimes	Auteurs	Témoins											
<input type="checkbox"/> Agents	<input type="checkbox"/> Agents	<input type="checkbox"/> Agents											
<input type="checkbox"/> Usagers	<input type="checkbox"/> Usagers	<input type="checkbox"/> Usagers											
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Autres											
<p>Fréquence de l'événement : <input type="checkbox"/> premier événement de ce type <input type="checkbox"/> l'événement s'est déjà produit à reprises.</p>													
<p>Type d'événement :</p> <p>Atteintes aux personnes :</p> <p><input type="checkbox"/> Injures <input type="checkbox"/> Menaces <input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Coups et blessures</p>	<p>Arme <input type="checkbox"/> avec <input type="checkbox"/> sans</p> <p>Atteintes aux biens</p> <p><input type="checkbox"/> Objets volés <input type="checkbox"/> Dégradations <input type="checkbox"/> Autres :</p>												
<p>Circonstances des faits :</p>													
<p>Observations de l'Administration :</p>													

Copies au CHS/ au médecin de prévention à l'IHS