

RAPPORT D'INCIDENT

Le présent document doit être rempli par toutes les personnes, adultes comme élèves, témoins d'un incident dans l'enceinte et aux abords du collège ; puis apporté au bureau de la vie scolaire, ou à l'administration, dans les plus brefs délais.

Victime :		Agresseur :
<input type="checkbox"/> Elève de ... ^{ème} ... <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Surveillant (e) <input type="checkbox"/> CPE	<input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Elève de ... ^{ème} ...

Auteur du rapport	Personnel	Lieu de l'incident	
Nom : Le Signature	<input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Surveillant (e) <input type="checkbox"/> Personnel ATOSS <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Elève de ... ^{ème} ...	<input type="checkbox"/> Cour <input type="checkbox"/> Salle de classe n° <input type="checkbox"/> Couloir, escalier <input type="checkbox"/> Réfectoire <input type="checkbox"/> Toilettes filles <input type="checkbox"/> Toilettes garçons <input type="checkbox"/> Etude	<input type="checkbox"/> Gymnase <input type="checkbox"/> Terrain de sport <input type="checkbox"/> Portail <input type="checkbox"/> Abords du collège <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Sortie pédagogique

Jour et tranche horaire de l'incident											
<input type="checkbox"/> Lundi		<input type="checkbox"/> Mardi		<input type="checkbox"/> Mercredi		<input type="checkbox"/> Jeudi		<input type="checkbox"/> Vendredi		<input type="checkbox"/> Samedi	
M1		M2		M3		M4		S1		S2	S3

Type d'acte de violence				
Agressions	Déviations	Dégradations	Conduites à risques	Absences / Retards
<input type="checkbox"/> Insulte <input type="checkbox"/> Violence physique unilatérale <input type="checkbox"/> Bagarre <input type="checkbox"/> Violence sexuelle <input type="checkbox"/> Attouchement <input type="checkbox"/> Menaces <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Racket caractérisé <input type="checkbox"/> Pression verbale proche du racket <input type="checkbox"/> Trafics (matériel, drogue, ...) <input type="checkbox"/> Consommation de produits illicites	<input type="checkbox"/> Vandalisme <input type="checkbox"/> Tags, graffitis <input type="checkbox"/> Salissure délibérée <input type="checkbox"/> Détériorations volontaires	<input type="checkbox"/> Consommation d'alcool <input type="checkbox"/> Consommation de tabac	<input type="checkbox"/> Cours séchés <input type="checkbox"/> Absentéisme <input type="checkbox"/> Retards répétitifs

Souhaitez-vous une intervention ? Oui Non Si oui, remplir ci-dessous :

Conditions particulières dans lesquelles l'incident s'est déroulé (Nom, témoins, ...). Ne pas oublier les noms.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Partie réservée. Ne rien inscrire dans ce cadre.

Suite donnée au rapport :	
Fait le :	Signature :