



## FICHE DE SIGNALEMENT RPS

La déclaration d'agression est établie par l'agent et/ou par le responsable hiérarchique (n+1 ou n+2) de l'agent et / ou l'assistant de prévention dans les 24 h suivant la connaissance de l'évènement.

Le responsable hiérarchique :

- Transmet l'original au service RH de la collectivité
- Transmet un exemplaire à l'agent victime de l'agression
- Conserve un exemplaire dans le service

Le service RH :

- Conserve l'original dans le dossier de l'agent

<p><b><u>Service :</u></b></p> <p>Courriel :</p> <p>Téléphone :</p>	<p><b><u>Auteur du signalement</u></b></p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Téléphone :</p>									
<p><b><u>Date du Signalement :</u></b></p> <p>Heure :</p> <p>Lieu (service, locaux, précisions) :</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;"><b><u>Nombre et Qualité des :</u></b></th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b><u>Victimes :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b><u>Auteurs :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b><u>Témoins :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <p><b><u>Activité exercée au moment de l'évènement</u></b></p> </td> </tr> </table>	<b><u>Nombre et Qualité des :</u></b>			<p><b><u>Victimes :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p><b><u>Auteurs :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p><b><u>Témoins :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p><b><u>Activité exercée au moment de l'évènement</u></b></p>		
<b><u>Nombre et Qualité des :</u></b>										
<p><b><u>Victimes :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p><b><u>Auteurs :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p><b><u>Témoins :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Agents</p> <p><input type="checkbox"/> Usagers</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>								
<p><b><u>Activité exercée au moment de l'évènement</u></b></p>										
<b><u>Personnes concernées</u></b>										
<b>Nom Prénom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Qualité</b>								
<b>Nom Prénom des témoins</b>	<b>Fonction</b>	<b>Qualité</b>								
<p><b><u>Type d'évènement :</u></b></p> <p><b><u>Atteinte aux personnes :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Injures</p> <p><input type="checkbox"/> Menaces (verbales, comportementales)</p> <p><input type="checkbox"/> Agression (verbales ou physiques)</p> <p><input type="checkbox"/> Coups et blessures</p>										

**Description Chronologique détaillée des faits (si insultes proférées, noter les termes exacts sans autocensure)**

### Antériorité

La situation ou l'événement se sont-ils déjà produits avant les faits décrits ?

OUI

Non

Si oui, indiquer la ou les dates ou périodes :

Une tentative de suicide ou une verbalisation d'idées suicidaires s'est-elle déjà produite ?

Oui

Non

Si oui, indiquer la ou les dates ou périodes :

**Conséquences de la situation**

**Description des actions déjà menés par les agents/ la hiérarchie**

Arrêt de travail : (date de début/date de fin)

\*Déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle

**Nom et signature du rédacteur**

A \_\_\_\_\_, le

**Nom et signature du déclarant**

A \_\_\_\_\_, le