

## ANNEXE 2 – Formulaire de dénonciation – Signalement

(autre que celui par un membre du personnel visant un autre membre du personnel)

### Formulaire de signalement d'un manquement à une disposition du Code d'éthique du Centre de services scolaire des Phares

Remplissez le formulaire en fournissant toutes les informations à votre disposition et transmettez-le par courriel à:

- La direction d'établissement ou de service :
- Ou si ces dernières sont visées par le signalement à la responsable du traitement des plaintes au Centre de services scolaire des Phares ([cmcroft@cssphares.gouv.qc.ca](mailto:cmcroft@cssphares.gouv.qc.ca))

| Identification de la personne faisant le signalement  |  |                                   |     |     |
|---|--|-----------------------------------|-----|-----|
| Prénom :  |  | Nom :                             |     |     |
| Indiquer au moins une façon de vous contacter de façon confidentielle parmi les suivantes : |  |                                   |     |     |
|   |  |                                   | OUI | NON |
| Téléphone :   |  | Permission de laisser un message? |     |     |
| Cellulaire :  |  | Permission de laisser un message? |     |     |
| Adresse postale ou adresse courriel :   |  |                                   |     |     |
|   |  |                                   |     |     |
| Identification de la ou des personnes visées par le signalement                             |  |                                   |     |     |
| Prénom :  |  | Titre et fonction :               |     |     |
| Nom :   |  | Lieu d'affectation :              |     |     |
|   |  |                                   |     |     |
| Prénom :  |  | Titre et fonction :               |     |     |
| Nom :   |  | Lieu d'affectation :              |     |     |
|   |  |                                   |     |     |
| Prénom :  |  | Titre et fonction :               |     |     |
| Nom :   |  | Lieu d'affectation :              |     |     |

| Description des faits observés                                |  |
|---|--|
|   |  |
| Date(s) et lieu où vous avez été témoin du comportement :     |  |
| Autre(s) personne(s) impliquée(s) ou témoin(s), si applicable |  |
| Nom :   |  |
| Titre et fonction :   |  |
| Lieu d'affectation :  |  |
|   |  |
| Nom :   |  |
| Titre et fonction :   |  |
| Lieu d'affectation :  |  |

☐ J'atteste que je fais cette dénonciation de bonne foi et au meilleur de ma connaissance.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Le formulaire et les renseignements qu'il contient ne seront accessibles qu'aux personnes, dont la divulgation est nécessaire à leurs fonctions. Ils seront conservés de façon confidentielle. La personne qui fait un signalement de bonne foi est protégée contre les représailles.