

N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE DOMMAGES / BLESSURES CORPORELLES**

À remplir par quiconque déclarant l'Université Concordia responsable de tout dommage ou blessure corporelle à son égard

1. M. /M<sup>me</sup> /M<sup>lle</sup> Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (en journée) : \_\_\_\_\_
2. DESCRIPTION DES DOMMAGES / BLESSURES CORPORELLES (FOURNIR UNE DESCRIPTION DÉTAILLÉE ET TOUT RENSEIGNEMENT ADDITIONNEL AU VERSO)  
\_\_\_\_\_
3. DATE DE L'INCIDENT : MM \_\_\_\_\_ JJ \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ HEURE (24 h 00) \_\_\_\_\_  
LIEU PRÉCIS DE L'INCIDENT : \_\_\_\_\_
4. CAUSE DES DOMMAGES / BLESSURES CORPORELLES : \_\_\_\_\_
5. MONTANT DE LA RÉCLAMATION (JOINDRE TOUT DOCUMENT D'APPUI PERTINENT) : \_\_\_\_\_ \$
6. À L'UNIVERSITÉ, À QUI AVEZ-VOUS SIGNALÉ POUR LA **PREMIÈRE** FOIS CES DOMMAGES / BLESSURES CORPORELLES?  
\_\_\_\_\_
7. QUAND AVEZ-VOUS SIGNALÉ POUR LA **PREMIÈRE** FOIS CES DOMMAGES / BLESSURES CORPORELLES?  
\_\_\_\_\_
8. NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE TOUS LES TÉMOINS OU EMPLOYÉS DE L'UNIVERSITÉ IMPLIQUÉS :  
NOM : \_\_\_\_\_ ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_  
(Préciser s'il s'agit d'un employé de Concordia)  
NOM : \_\_\_\_\_ ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_  
(Préciser s'il s'agit d'un employé de Concordia)  
NOM : \_\_\_\_\_ ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_  
(Préciser s'il s'agit d'un employé de Concordia)
9. Pour réclamations qui impliquent la police (SPVM) : N° de dossier de la police : \_\_\_\_\_ OU N° de dossier de transit : \_\_\_\_\_
10. SELON VOUS, POURQUOI L'UNIVERSITÉ DEVRAIT-ELLE ASSUMER LA RESPONSABILITÉ DE VOS DOMMAGES / BLESSURES CORPORELLES? QUELLES DÉMARCHES SOUHAITERIEZ-VOUS QUE L'UNIVERSITÉ ENTREPRENNE?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. JE CERTIFIE ÊTRE LE PROPRIÉTAIRE DE TOUT BIEN ENDOMMAGÉ, QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS CONSTITUENT UNE DÉCLARATION PRÉCISE ET JUSTE DES DOMMAGES SUBIS ET QUE JE NE DÉTIENS AUCUNE ASSURANCE NI GARANTIE D'AUCUN TYPE QUE CE SOIT EN VERTU DESQUELLES CES DOMMAGES POURRAIENT ÊTRE RECOUVRABLES.

**Remarque : La présente déclaration est fournie à titre informatif seulement, et sa réception n'implique ou ne constitue en aucun cas l'acceptation d'une quelconque responsabilité de la part de l'Université ou de ses directeurs, représentants, administrateurs, employés ou agents pour les dommages déclarés. Le formulaire rempli et signé doit être envoyé à l'Université par courrier, télécopieur ou courriel aux coordonnées suivantes : 1455, boul. De Maisonneuve Ouest, GM 700, Montréal (Québec) H3G 1M8. Télécopieur : 514 848-8626. Courriel : [jf.baril@concordia.ca](mailto:jf.baril@concordia.ca). Veuillez noter que certains types de réclamations à l'Université sont assujettis à des délais de prescription et que des délais de carence sont applicables à toute action à l'égard de toute réclamation.**

Signature : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_