

**FORMULAIRE DE PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION PRESUMÉE**

**Renseignements sur le plaignant :**

Prière de remplir toutes les rubriques qui s'appliquent à votre situation et de déposer ce formulaire le plus rapidement possible après les faits présumés de discrimination ou de harcèlement auprès de :

**OFFICE OF EQUAL OPPORTUNITY & DIVERSITY MANAGEMENT  
E.O. Complaint Unit  
65 Court Street, Room 1102  
Brooklyn, NY 11201  
N° de téléphone : 718-935-3320  
N° de fax : 718-935-2531**

➤ **Des faits remontant à plus d'un an ne peuvent faire l'objet d'une plainte. Toutefois, les plaintes de parents et/ou faites au nom d'un ou plusieurs élèves, n'étant soumises à aucun délai de prescription, peuvent être déposées même pour des faits datant de plus d'un an.**

➤ Ce formulaire est destiné à l'usage des victimes plaignantes et des personnes désirant porter plainte au nom d'une victime faisant partie du personnel ou des élèves.

➤ Écrivez toutes les informations demandées, **clairement, en caractères d'imprimerie**, s'il vous plaît.

➤ Joignez tous les feuillets additionnels et justificatifs nécessaires.

Ne cochez (☑) qu'une réponse :  
 Employé(e)       Élève       Père/mère/tuteur       Candidat à un emploi       Autre  
 Personne désirant signaler les faits

Vos prénoms et nom : \_\_\_\_\_ Vos fonctions : \_\_\_\_\_

\*Prénoms et nom de l'élève : \_\_\_\_\_  
(*\*si le cas s'y prête*)

N° et rue du domicile : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° de tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Professionnel : \_\_\_\_\_

**Responsable en charge sur le lieu des incidents :**

Prénoms et nom du chef de l'établissement scolaire ou du responsable (sur le lieu des incidents) : _____
Fonction : _____
Établissement scolaire/Service administratif/District : _____
Adresse du lieu des événements : _____
N° de téléphone du lieu des faits : _____

**Nature de la plainte :**

1. Cochez  la case, ci-dessous, en face de la ou des caractéristiques qui vous paraissent avoir motivé la discrimination dont vous avez été la victime.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Âge   | <input type="checkbox"/> Concubinage (ne s'applique pas aux élèves)   |
| <input type="checkbox"/> Statut d'étranger/citoyenneté   | <input type="checkbox"/> Prédispositions génétiques (ne s'applique pas aux élèves)  |
| <input type="checkbox"/> Antécédents judiciaires - arrestations/condamnations (ne s'applique pas aux élèves) | <input type="checkbox"/> Race   |
| <input type="checkbox"/> Couleur de peau   | <input type="checkbox"/> Religion   |
| <input type="checkbox"/> Croyances   | <input type="checkbox"/> Représailles (pour prétendre qu'il y a discrimination)   |
| <input type="checkbox"/> Handicap(s)   | <input type="checkbox"/> Harcèlement sexuel   |
| <input type="checkbox"/> Appartenance ethnique/pays ou nationalité d'origine                                 | <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle   |
| <input type="checkbox"/> Sexe  | <input type="checkbox"/> Statut de victime de violence domestique, d'agressions sexuelles ou fait d'être traqué(e) (ne s'applique pas aux élèves) |
| <input type="checkbox"/> Statut matrimonial (ne s'applique pas aux élèves)                                   | <input type="checkbox"/> Poids (s'applique uniquement aux élèves)   |
| <input type="checkbox"/> Situation militaire (ne s'applique pas aux élèves)                                  | <input type="checkbox"/> Statut de sans-emploi (s'applique aux candidats à un emploi uniquement)  |

2. Prénoms, nom/fonction de la ou des personnes que pensez être coupables de discrimination.

- |                            |                                   |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Prénoms, nom :<br>_____ | 1. Fonction/occupation :<br>_____ | 2. Prénoms, nom :<br>_____ | 2. Fonction/occupation :<br>_____ |
| 3. Prénoms, nom :<br>_____ | 3. Fonction/occupation :<br>_____ | 4. Prénoms, nom :<br>_____ | 4. Fonction/occupation :<br>_____ |

3. Où les faits se sont-ils déroulés ?

- Dans l'enceinte de l'établissement scolaire  En dehors de l'enceinte scolaire  Dans les services administratifs centraux
- \_\_\_\_\_

4. Date(s) des faits présumés à l'origine de la discrimination.

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Mois : _____ Jour _____ Année _____ | Mois : _____ Jour _____ Année _____ |
| Mois : _____ Jour _____ Année _____ | Mois : _____ Jour _____ Année _____ |

5. Expliquez ce qui s'est passé

(citez prénoms, noms, et preuves s'il y en a, et joignez des feuillets supplémentaires si nécessaire).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Quelle assistance recherchez-vous, quelle action corrective souhaitez-vous ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date (mois/jour/année) : \_\_\_\_\_