

RAPPORT D'ACCIDENT

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____



INFORMATIONS SUR L'ÉVÉNEMENT

Date de l'accident: _____ Heure : _____
Lieu : () à l'intérieur du SG () dans la cour () au parc Autre : _____
Personne responsable présente : _____
Témoin : _____ Téléphone : _____
Témoin : _____ Téléphone : _____
Description: _____

INFORMATIONS SUR LES MESURES PRISES

Description des soins dispensés: _____

Ces premiers soins ont été pratiqués par : _____
Nom du parent contacté : _____
Nom de la personne qui l'a avisé : _____
Transport : () Oui () Non par : _____
() Au SG () à l'hôpital autre : _____
Nom du médecin consulté (s'il y a lieu) : _____
Recommandations du médecin : _____

SIGNATURES

RSG : _____ Date : _____
Parent : _____ Date : _____