

## RAPPORT D'ACCIDENT

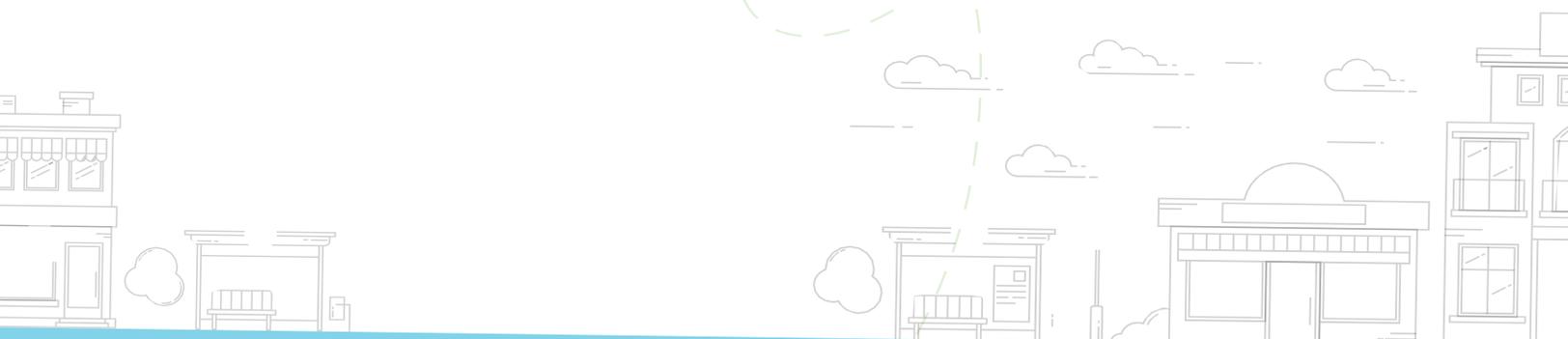
Quelles que soient les précautions prises et la qualité des soins dispensés par les éducatrices, des accidents peuvent toujours survenir. La plupart d'entre eux sont mineurs, mais ils peuvent, dans certains cas, laisser des séquelles. Certains accidents, apparemment sans gravité, peuvent être suivis de complications. Il est donc important de bien remplir le rapport d'accident. Envoyer une copie à votre assureur si cet accident est majeur.

Il est très important que ces renseignements soient précis. La description d'une blessure devrait, par exemple, identifier précisément la région du corps touchée (poussière dans l'œil droit, brûlure à la main et à l'avant-bras gauche...) ou décrire précisément les malaises (nausées, somnolence...).

La procédure devient d'autant plus pertinente lorsque la victime est un jeune enfant. Les rapports d'accident sont en effet d'une grande utilité. En plus de permettre au service de garde et à la personne qui a porté secours à l'enfant de se protéger advenant des complications, ils leur permettent de transmettre aux parents des informations précises sur les accidents dont a pu être victime leur enfant.

Ainsi conçus, les rapports d'accident constituent de bons outils de prévention et contribuent à l'amélioration de la qualité de vie dans les services de garde.

Le rapport d'accident doit être conservé dans le dossier de l'enfant chez la R.S.G.E





## 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

es 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

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

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