

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 : _____