

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