

RAPPORT D'ACCIDENT

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

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

INFORMATIONS SUR L'ÉVÉNEMENT

Date de l'accident ou du malaise : _____ Heure : _____
Lieu : () à l'intérieur du SG () dans la cour () au parc Autre : _____
Éducatrice présente : _____
Témoïn : _____ Téléphone : _____
Témoïn : _____ Téléphone : _____

Description de l'incident et des blessures : _____

INFORMATIONS SUR LES MESURES PRISES

Description des premiers 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

Éducatrice : _____ Date : _____
Parent : _____ Date : _____

Service de Garde (Nom du SG)