

RAPPORT D'INCIDENT



DATE DE L'INCIDENT : _____

NOM DE LA RSG : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

TÉLÉPHONE : _____ CODE POSTAL : _____

BLESSÉ(E) : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PARENT : _____

ADRESSE : _____ TEL : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

PERSONNE CONTACTÉE : _____

DATE : _____ HEURE : _____

LIEU DE L'INCIDENT :

DÉCRIRE BRIÈVEMENT L'INCIDENT :

DÉCRIRE LES BLESSURES :

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE AU MOMENT DE L'INCIDENT : _____

MESURES IMMÉDIATES (PREMIERS SOINS) :

TRANSPORT AU SERVICE DE SANTÉ : _____

HOSPITALISÉ : _____

NOM DE L'HÔPITAL : _____

ADRESSE : _____

VU À L'URGENCE : _____

TÉMOIN 1 NOM : _____ TEL : _____

TÉMOIN 2 NOM : _____ TEL : _____

JE PARENT/TUTEUR RECONNAÎT AVOIR ÉTÉ INFORMÉ DE L'INCIDENT TEL QUE DÉCRIT DANS LE PRÉSENT DOCUMENT.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

PARENT / TUTEUR

SIGNATURE : _____ DATE : _____

RSG