

RAPPORT D'INCIDENT

DATE DE L'INCIDENT : _____ POLICE NO : _____

NOM DU BC/CPE/GARDERIE/REGROUPEMENT : _____

NOM DE LA RSG _____

ADRESSE : _____ TEL : () _____

VILLE : _____ CODE POSTAL _____

DIRECTEUR(TRICE)/COORDINATEUR(TRICE): _____

BLESSÉ(E) : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PARENT : _____

ADRESSE : _____ TEL : () _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

PERSONNE CONTACTÉE : _____ DATE _____ HEURE _____

LIEU DE L'INCIDENT :

LOCAL : _____ COUR : _____ AUTRE : _____

DÉCRIRE BRIÈVEMENT L'INCIDENT:

DÉCRIRE LES BLESSURES :

NOM DE L'ÉDUCATEUR (TRICE) RESPONSABLE AU MOMENT DE L'INCIDENT :

MESURES IMMÉDIATES (PREMIER SOINS) :

TRANSPORT AU SERVICE DE SANTÉ : _____

HOSPITALISÉ : OUI NON

NOM DE L'HÔPITAL : _____ CHAMBRE NO: _____

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 : _____

DIRECTEUR (TRICE)/COORDINATEUR(TRICE)/ÉDUCATEUR (TRICE)