

RAPPORT D'INCIDENT

DATE DE L'INCIDENT : ____/____/____

NO POLICE : 166-6500 NO CERTIFICAT : 166-____

CODE CLIENT :

NOM DU BC/CPE/GARDERIE/REGROUPEMENT :

ADRESSE : _____ TÉL : () _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

DIRECTEUR(TRICE)/COORDINATEUR(TRICE): _____

BLESSÉ(E) : _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

PARENT : _____

ADRESSE : _____ TÉL : () _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

PERSONNE CONTACTÉE : _____ DATE : ____/____/____ HEURE : _____

LIEU DE L'INCIDENT : _____

LOCAL : _____ COUR : _____ AUTRE : _____

DÉCRIRE BRIÈVEMENT L'INCIDENT:

DÉCRIRE ET INDIQUER 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 _____ TÉL : () _____

TÉMOIN 2. NOM _____ TÉL : () _____

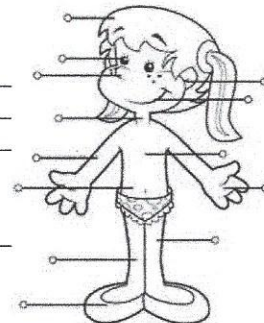
JE (PARENT/TUTEUR) RECONNAIS AVOIR ÉTÉ INFORMÉ DE L'INCIDENT TEL QUE DÉCRIT DANS LE PRÉSENT DOCUMENT.

SIGNATURE _____ DATE : ____/____/____

PARENT/TUTEUR

SIGNATURE _____ DATE : ____/____/____

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



SVP FAITES-NOUS PARVENIR LE RAPPORT COMPLÉTÉ PAR COURRIEL À INFO@ABERNIER.CA OU PAR FAX AU 418.626.5676