

## RAPPORT D'INCIDENT

★ FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE AU : [incidentsmineurs@abernier.ca](mailto:incidentsmineurs@abernier.ca)

DATE DE L'INCIDENT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NO POLICE : 166-6500 NO CERTIFICAT : 16\_ - \_\_\_\_\_ CODE CLIENT : \_\_\_\_\_

NOM DU BC / CPE / GARDERIE / REGROUPEMENT : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLÈTE : \_\_\_\_\_

TÉL : ( ) \_\_\_\_\_

DIRECTEUR(TRICE)/COORDINATEUR(TRICE): \_\_\_\_\_

BLESSÉ(E) : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PARENT : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉL : ( ) \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

PERSONNE CONTACTÉE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HEURE : \_\_\_\_\_

LIEU DE L'INCIDENT : \_\_\_\_\_

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

DÉCRIRE BRIÈVEMENT L'INCIDENT ET INDIQUER LES BLESSURES:

---

---

---

MESURES IMMÉDIATES (PREMIER SOINS) :

---

---

TRANSPORT AU SERVICE DE SANTÉ : OUI  NON

NOM DE L'HÔPITAL : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VU À L'URGENCE : OUI  NON

HOSPITALISÉ : OUI  NON

CHAMBRE NO: \_\_\_\_\_

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)

