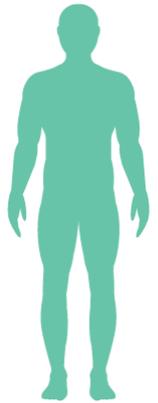


FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE AU : [info@abernier.ca](mailto:info@abernier.ca)



DATE DE L'INCIDENT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NO CERTIFICAT : \_\_\_\_-\_\_\_\_ 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)