

Rapport d'accidents

Informations de l'enfant

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Adresse : _____

Informations sur l'accident de l'enfant

Date de l'accident : _____ Heure : _____

Lieu : () à l'intérieur du SG () dans la cour () au parc

Éducatrice présente : _____

Témoin : _____ Téléphone : _____

Témoin : _____ Téléphone : _____

Description de l'accident : _____



INFORMATIONS SUR LES MESURES PRISES

Description des premiers soins :

Les premiers soins ont été pratiqués par : _____

Nom du parent contacté : _____

Nom de la personne qui l'a avisé : _____

Transport Par Ambulance : Oui () Non ()

SIGNATURES

Éducatrice : _____ Date : _____

Parents : _____ Date : _____