

# RAPPORT D'ACCIDENT

Ce formulaire doit être complété à la suite de tout accident ou blessure impliquant un enfant durant les heures de service de garde.

Nom de l'enfant : .....

Date de l'évènement : ..... Heure : .....

Lieu de l'évènement : .....

Nom de la personne présente lors de l'évènement : .....

Enseignante  Assistante  Auxiliaire de puériculture  Autre

Nature de la blessure :

Brûlure  Chute  Corps étranger  Éraflure  Coupure  Engelure  Foulure/entorse  Ecchymose  Morsure  Saignement  Perte de conscience  Fracture  Empoisonnement  Autres :  
.....

Partie du corps blessée : .....

Tête  Visage  Cou  Bras  Main  Bouche  Thorax  Abdomen  Jambe  Dos  Pied

Autre : .....

Description de l'accident : .....

La nature des premiers soins dispensés est : .....

La plaie a été nettoyée : oui  non

Application de glace : oui  non

Autres : .....

Soins donnés par : .....

Parents avisés : oui  non  heure : .....

L'assurance santé a été contacté; si oui, nom de la personne : ..... heure : .....

L'enfant a été référé : oui  non

Si oui, nom de la clinique ou de l'hôpital et/ou du médecin : .....

La victime a été transportée par : ambulance  automobile  .....

Signature de la personne présente au moment de l'évènement

.....

Signature du parent ou de son substitut

.....

Signature d'un témoin (s'il y a lieu)

Date : .....