

FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE AU : 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)