RAPPORT D'INCIDENT

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)

Les présentes procédures, politiques, offres d'emplois et processus sont la propriété exclusive *d'Assurances Bernier & Filles* et la reproduction ou la divulgation de celles-ci, totale ou partielle, est strictement interdite sans son autorisation expresse.

LAISSEZ-NOUS VOUS PORTER