

Date de l'évènement :

Heure de l'évènement :

Nom et prénom de l'enfant :

Classe/Groupe :

LIEU DE L'ÉVÈNEMENT

TYPE D'ÉVÈNEMENT
CONSTATÉ

PARTIE(S) DU CORPS
CONCERNÉE(S)

SIGNE(S) OBSERVÉ(S)

CIRCONSTANCES

L'enfant présente :

OUI NON

Déformation

☐
☐

Egratignure

☐
☐

Hématome

☐
☐

Gonflement

☐
☐

Léger saignement

☐
☐

Paralyse

☐
☐

Petite cloque

☐
☐

Petite plaie

☐
☐

Rougeur

☐
☐

GESTES EFFECTUÉS

RISQUES VÉRIFIÉS

L'enfant présente :

OUI NON

Malaise

☐
☐

Perte de connaissance

☐
☐

Vertige

☐
☐

Vomissement

☐
☐

Température

°C

AVIS MÉDICAL OBTENU

OUI

☐

NON

☐

SI OUI, ATTITUDE CONSEILLÉE :



Appel aux parents

OUI

☐

NON

☐

HEURE :

Retour au domicile

OUI

☐

NON

☐

HEURE :

NOM DE LA STRUCTURE

NOM DE L'INTERVENANT