

Rapport d'accident / incident Accident / Incident Report

Prénom
First Name

Nom de famille
Family Name

Date

Classe
Classroom

Heure
Time

Lieu
Location

Parent avisé
Parent advised

- ☐ Par téléphone / By Phone
☐ En personne / In Person

Description

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plaie / Wound | <input type="checkbox"/> Bleu / Bruise |
| <input type="checkbox"/> Égratignure / Scratch | <input type="checkbox"/> Morsure / Bite |
| <input type="checkbox"/> Écharde / Splinter | <input type="checkbox"/> Brûlure / Burn |
| <input type="checkbox"/> Saignement de nez /
Nosebleed | <input type="checkbox"/> Réaction allergique /
Allergic Reaction |
| <input type="checkbox"/> Autre / Other _____ | |

Traitement
Treatment

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Glace / Ice | <input type="checkbox"/> Médecin / Doctor |
| <input type="checkbox"/> Sparadrap / Band-Aid | <input type="checkbox"/> Urgence Santé / 911 |
| <input type="checkbox"/> Autre / Other _____ | |

Description de
l'incident / of
incident

Cet accident aurait-il
pu être évité ? Si oui,
comment? / Could
this accident have
been prevented? If
so, how?

Éducateur(trice)/
Educator

Signature du/of
parent