

## RAPPORT DE DÉCLARATION D'ACCIDENT OU D'INCIDENT

Une fois complété remettre à votre supérieur immédiat.

ÉLÈVE (nom et prénom) : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

PERSONNEL (nom et prénom) : \_\_\_\_\_

VISITEUR (nom et prénom) : \_\_\_\_\_

Date de l'accident ou de l'incident (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident ou de l'incident : \_\_\_\_\_

Activité au moment de l'accident ou de l'incident : \_\_\_\_\_

### Description et causes de l'accident ou de l'incident :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Blessure ou malaise :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Premiers secours - soins reçus et transport :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Mesures correctives :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du **secouriste** :

\_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom de la **personne touchée** :

\_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom du **supérieur de l'employé** :

\_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_