

## Rapport d'accident

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adulte présent lors de l'événement : \_\_\_\_\_

Description de l'incident : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Mesures prises : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Blessure à la tête :      oui          non   

Si oui indiqué l'heure du suivi : \_\_\_\_\_

Personnes contactées : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

Signature de l'adulte présent : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_