RAPPORT D'ACCIDENT

Nom de la RSG : _____

Date de l'accident : _____

Nom de l'enfant : _____

Détails :_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Avez-vous eu besoin du 911? Oui ___ non ___

Avez-vous prévenu le parent? oui ___ non ___

Avez-vous prévenu votre assureur? oui ___ non ___

Est-ce que l'enfant a eu besoin de voir un médecin? oui___ non___

Si oui date de la visite : _____ (donner un cours résumé de la consultation)

Signature de la RSG : _____

Signature assistante et Remplaçante : _____

Signature des parents : _____

Faire parvenir ce rapport le plus tôt possible au BC