

RAPPORT D'ACCIDENT

RENSEIGNEMENTS SUR LE BLESSÉ

Nom: _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

INFORMATIONS SUR L'ÉVÉNEMENT

Date de l'accident ou du malaise : _____ Heure : _____

Lieu : _____

Témoin : _____ Téléphone : _____

Témoin : _____ Téléphone : _____

Description de l'incident et des blessures : _____

INFORMATIONS SUR LES MESURES PRISES

Description des premiers soins dispensés: _____

Ces premiers soins ont été pratiqués par : _____

Transport : () Non () Oui par : _____

Nom d'un parent ou ami contacté (si nécessaire) : _____ Heure : _____

Nom de la personne qui l'a avisé : _____

Indiquez l'endroit blessé



SIGNATURES

Témoïn : _____ Date : _____

Témoïn : _____ Date : _____