

NOTE : Ce formulaire ne s'applique pas dans le cas d'accidents auxquels les membres du personnel sont impliqués. Dans ces circonstances, les employés doivent compléter le [formulaire 67 – Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail - Rapport sur l'accident ou la maladie professionnelle](#).

Information de base

Nom de(s) personne(s) blessée(s) dans l'accident _____

Élève Visiteur Parent Autre _____

S'il s'agit d'un élève, inscrire le nom du parent/tuteur _____

Niveau (élève) _____ Age de l'élève _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Indiquer l'adresse de l'élève et le numéro de téléphone du parent/tuteur (s'il diffère de celui ci-haut)

Information sur l'accident

Lieu de l'accident _____

(*Fournir des photographies du lieu de l'accident si possible.)

Date de l'accident _____ Heure de l'accident _____ am/pm

Activités au moment de l'accident (p. ex. récréation au terrain de jeux, soirée cinéma, activité sportive, etc.)

Détails et description de la blessure

Information sur l'accident (suite)

Détails des premiers soins reçus / Nom de la personne qui les a donnés?

Services médicaux nécessaires, si connu (p. ex. ambulance, hôpital, visite chez le médecin)? Oui Non Ne sais pas

Avis aux parents/tuteurs de l'élève

Parent/tuteur avisé? Oui Non Avis donné par _____

Précisez la date et l'heure de l'avis _____

Mesure prise par le parent/tuteur, le cas échéant (p.ex. aller chercher l'élève à l'école)

Information des témoins

Noms, numéros de téléphone et déclarations des témoins.

(Nota : les renseignements de chaque déclaration des témoins devraient être du même type que ceux demandés dans ce formulaire. Veuillez joindre toute déclaration au présent formulaire.)

Autorisation

Rapport rempli par _____

Titre _____ Date _____

Direction/Superviseur _____ Date _____

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES À FOURNIR PAR LA DIRECTION (le cas échéant):

Conditions météorologiques

Quelles étaient les conditions météorologiques au moment de l'accident (p. ex. : ciel dégagé, pluie, neige, verglas, brouillard, etc.)?

En cas de verglas ou de neige, est-ce que du sel ou du sable avait été répandu sur les lieux avant l'accident? Si oui, par qui et à quel moment?

Chute

Quel type de chaussures portait la personne au moment de la chute?

Est-ce que la personne transportait quelque chose? Si oui, quoi?

Terrain de jeux

Qui effectuait la supervision au moment de l'accident (si durant les heures d'école)?

État de l'équipement du terrain de jeux, le cas échéant.

Lieu de l'accident

Est-ce que des plaintes avaient été formulées concernant ce lieu avant l'accident (p. ex. : équipement défectueux ou cassé, autres chutes, etc.)? Si oui, veuillez décrire.

Suivi

Quelles démarches additionnelles (s'il y a lieu) ont été entreprises dans les 48 heures suivant l'accident? Veuillez décrire tout suivi assuré après ces 48 heures.

Autre

Veuillez décrire l'éclairage des lieux de l'accident (p. ex. : adéquat, faible, aucun éclairage, etc.).

Autre information pertinente (incluant dommage des biens personnels et publics)

(*Inclure photographies, si disponibles.)

Autorisation

Signature (directeur/directrice) _____ Date _____