

SERVICE DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL ET DES COMMUNICATIONS

Téléphone : 450 438-3131

Télécopieur : 450 569-2059

À remplir dans les 24 heures

### INFORMATION SUR L'ASSURÉ

Nom de l'assuré : Centre de services scolaire de la Rivière-du-Nord

### INFORMATION SUR LE BLESSÉ

Nom du blessé :

Âge :

Date de naissance :

Degré scolaire :

Adresse complète :

Parent(s) : \_\_\_\_\_ Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_

### INFORMATION SUR L'ÉVÈNEMENT

École :

N° école

Date de l'accident :

Heure :

Endroit de l'accident :

Nom du surveillant (e) en fonction : \_\_\_\_\_

Nature des blessures (ex. : coupure, fracture, faiblesse, etc.) : \_\_\_\_\_

Parties du corps (ex. : tête, bras, œil, dent, etc.) : \_\_\_\_\_

Description de l'évènement : \_\_\_\_\_

Témoïn : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR LES MESURES PRISES :

Description des premiers soins :

Données par :

Parent contacté :  oui  non Par :

Transport à la maison  oui  non Par :

Transport à l'hôpital  oui  non Par :

### SIGNATURES

Personne qui a rempli ce rapport

Date

Direction de l'école

Date

Note : Faire parvenir l'original au Service du secrétariat général et des communications et conserver la copie pour votre dossier