

# Rapport d'accident

Date de l'évènement : \_\_\_\_\_

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

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

## DESCRIPTION DE L'ACCIDENT :

---

---

---

---

---

---

---

---

## DÉTAIL DES SOINS APPORTÉS :

---

---

---

---

---

---

---

---

Blessure à la tête :            oui                non   

Si oui, indiquez l'heure du suivi : \_\_\_\_\_

Personnes contactées : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

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