

RAPPORT D'ÉVÉNEMENT

CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE OU COMMISSION SCOLAIRE		ÉCOLE	
ADRESSE DE L'ÉCOLE (numéro, rue, ville, code postal)			
INFORMATION SUR LA VICTIME			
NOM		DEGRÉ SCOLAIRE	DATE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)
ADRESSE (numéro, rue, ville, code postal)			TÉLÉPHONE (999 999-9999)
NOM DES PARENTS OU DU TUTEUR		ADRESSE (numéro, rue, ville, code postal) Même adresse que la victime	TÉLÉPHONE (999 999-9999)
INFORMATION SUR L'ÉVÉNEMENT			
DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE (99:99)	GENRE DE DOMMAGE Précisez :	
ENDROIT L'ÉVÉNEMENT		Si hors de l'école ou autre (spécifiez) :	
SITE DE LA BLESSURE		Si autre (spécifiez) :	
GENRE DE BLESSURE		Si autre (spécifiez) :	
DESCRIPTION DE L'INCIDENT			
TÉMOIN(S)		STATUT DU(DES) TÉMOIN(S)	TÉLÉPHONE (999 999-9999)
MESURES PRISES SUR PLACE			
Premiers soins prodigués :		Transport :	
Soins donnés par :		Par :	
Description des soins prodigués :		J'ai rempli la section1 DÉTECTION de la fiche de suivi commotion :	
		J'ai remis la fiche aux parents :	
		J'ai fait une copie de la fiche :	
Je confirme que le parent ou tuteur a été contacté :			
AUTRE INFORMATION OU COMMENTAIRES ET SUIVI CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT			
Rapport complété par		Direction d'établissement	
Date		Date	

Une fois complété, transmettre le formulaire selon les indications de votre CSS ou CS.