



MODÈLE DE RAPPORT D'ACCIDENT

IDENTIFICATION DU BLESSÉ

Nom et prénom de la victime : _____

Nom de la personne majeure présente lors de l'évènement : _____

Nom du parent à aviser dans le cas d'un enfant mineur : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Blessé : ☐ Participant ☐ Bénévole ☐ Employé ☐ Spectateur

INFORMATION SUR L'ÉVÈNEMENT

Date de l'accident ou du malaise : _____

Heure : _____

Lieu : _____

Description de l'accident : _____

Nature et localisation des blessures : _____

Premiers soins donnés à la victime : _____

Antécédents médicaux : _____

Transport : ☐ Clinique médicale ☐ Domicile ☐ Hôpital ☐ Retourné à son activité
☐ Ambulance ☐ Automobile ☐ Autre, précisez : _____

Nom, prénom et numéro de téléphone de la personne qui a administré les soins : _____

TÉMOIN

Nom, prénom et fonction : _____

Signature et date : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

SIGNATURE

Identification de la personne qui a complété le rapport : _____

Nom, prénom et fonction : _____

Téléphone : _____

Signature et date : _____

À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DE LA MUNICIPALITÉ

Reçu à la municipalité le : _____

Envoyé à l'assurance le : _____