



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 : _____