



DATE DE L'INCIDENT : _____
HEURE DE L'INCIDENT : _____

SERVICE DE GARDE

NOM DE LA RSG : _____
ADRESSE : _____
TÉLÉPHONE : _____

NOM DE L'ENFANT : _____
NOM DU PARENT : _____
ADRESSE : _____
VILLE : _____

DATE NAIS.: _____
TEL : _____
CODE POSTAL : _____

PERSONNE CONTACTÉE : _____
LIEU DE L'INCIDENT: _____

DATE: _____
HEURE: _____

DÉCRIRE BRIÈVEMENT L'INCIDENT : _____

DÉCRIRE LES BLESSURES : _____

PERSONNE RESPONSABLE LORS DE L'INCIDENT: _____

NOM DU TÉMOIN: _____
NOM DU TÉMOIN: _____

TÉL: _____
TÉL: _____

MESURES IMMÉDIATES (PREMIERS SOINS) : _____

TRANSPORT AU SERVICE DE SANTÉ : _____

JE _____ (PARENT/TUTEUR) RECONNAIS AVOIR ÉTÉ INFORMÉ
DE L'INCIDENT TEL QUE DÉCRIT DANS LE PRÉSENT DOCUMENT.

SIGNATURE : _____
PARENT/TUTEUR

DATE : ____ / ____ / ____

SIGNATURE : _____
RESPONSABLE DE SERVICE DE GARDE

DATE : ____ / ____ / ____