** Nom de l’école :**

*Ce rapport doit être complété pour tous les incidents nécessitant*

***un suivi*** *et remis dans les* ***24 heures*** *suivant l’incident.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **Nom de l’élève blessé :** | | | **Niveau :** | **Lieu de l’incident :** | |
| **Date de l’incident** **:** | | | | **Heure précise :** | **Date de rapport de l’incident, si différente :** |
| **autres personnes impliquées** |  | | | Rôle : | |
|  | | | Rôle : | |
|  | | | | | |
| **Localisation de la blessure (encerclez)**  Consentement 060920 | | **Circonstances et description de l’incident et de la blessure *(soyez le plus précis possible; utilisez le verso si nécessaire)* :** | | | |
| **Soins administrés à la victime :** | | | | | |
| **Est-ce que les services d’urgences ont été contactés (policiers, pompiers, ambulanciers) ?**  Oui  Non | | | | | |
| **Témoins de l’incident :** | | | | | |
| **Parent/Tuteur contacté**  Oui  Non | | | | **Réponse du parent /tuteur ?** | |
| **Nom complet du secouriste (lettres moulées):** | | | |
| **Signature du secouriste** | | | | | |

**Informations pour compléter le rapport d’incident**

**Suivi** : un suivi doit être fait par les parents de l’enfant, par exemple visite à l’hôpital ou chez le dentiste

**Nom du blessé** : indiquer le prénom et le nom de famille

**Lieu de l’incident** : soyez spécifique

**Date de l’incident** : indiquez le jour, le mois et l’année de l’incident

**Heure** : veuillez indiquer l’heure minute (ex : 14 h 15)

**Date du rapport de l’incident** : si le rapport est complété à une date ultérieure de la date de l’incident, veuillez indiquer cette nouvelle date et soyez consistant avec la date que vous indiquez au bas du rapport d’incident

**Noms des personnes impliquées** : donnez le prénom et le nom de famille des personnes impliquées dans l’incident et leur rôle (ex : élève)

**Dessin** **- localisation de la blessure** : veuillez encercler l’endroit de la blessure

**Circonstances et description de l’incident et de la blessure** : décrivez les signes et les symptômes répondez à ces questions :

1. Qui?
2. Quoi?
3. Quand?
4. Comment?
5. Où?

* Il est très important de donner le plus de renseignements possible, cela nous permettra d’enquêter sur l’incident et d’effectuer des mesures correctives si nécessaire.

**Soins administrés à la victime** : veuillez préciser les premiers soins effectués par le secouriste

**Témoins de l’incident** : Donner le prénom et le nom de famille des personnes qui ont été témoin de l’incident

**Qui a été contacté** : indiquez le nom de la personne à qui vous avez parlé et la réponse obtenue

**Nom du secouriste** : veuillez indiquer le nom de la personne qui a effectué les premiers soins

**Date** : veuillez indiquer la date (jour, mois année)à laquelle le rapport a été complété

**Signature** : ne pas oublier de signer le rapport

**Procédures :**

**Il est très important de remplir toutes les sections du rapport.**

Une fois le rapport complété et signé, veuillez envoyer une copie par courriel à **Ezéchias Touko Leumassi** à l’adresse suivante : **etleumassi@centrenord.ab.ca**.

Nous communiquerons avec vous si nous avons des questions ou besoin de plus de renseignements.

Merci de votre collaboration!