
Assurance complémentaire des centres de services scolaire – Rapport d'incident élèves

Informations générales

Nom de l'assuré	Centre de services scolaire du Littoral		
Adresse complète	789, rue Beaulieu, Sept-Îles, QC G4R 1P8		
Téléphone		Télécopieur	
Personne à contacter		Adresse courriel	
No. de police		Date d'échéance	

Informations sur le blessé

Nom du blessé		Âge	
Date de naissance		Degré scolaire	
Adresse complète			
Père		Téléphone (jour)	
Mère		Téléphone (jour)	

Informations sur l'incident

Date de l'incident		Heure	
Endroit (rue, ville)			
École			
Nom du surveillant en fonction			
Description de l'incident et blessures			
Témoignage		Téléphone	

Informations sur les mesures prises

Description des premiers soins			
Donnés par :			
Parent contacté	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Par :
Transport à la maison	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Par :
Transport à l'hôpital	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Par :

Autres informations ou commentaires

Signature de la personne qui a rempli ce rapport

Date

Signature de la direction de l'école

Date