

---

## 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