



RAPPORT D'ACCIDENT

IDENTIFICATION

Nom du blessé : _____ Âge : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Téléphone : _____

CIRCONSTANCES

Nom de l'activité : _____
Lieu de l'accident : _____
Adresse : _____
Date : _____ Heure : _____

Comment s'est produit l'accident?

Type de blessure : _____
Traitement apporté : _____

TÉMOINS

L'employé est-il témoin de l'accident? Oui Non

Si non, où étiez-vous lors de l'accident? _____

Autres témoins

Nom : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Téléphone : _____

RÉSULTATS

Le blessé : est retourné chez lui
 a été conduit à l'hôpital
Nom de l'hôpital : _____
 des parents en ont pris la charge
 autres, précisez : _____

Nom en lettres moulées

Signature et titre

Date

* Ce rapport doit être acheminé au bureau du Service des loisirs dans les 24 heures qui suivent l'accident.