

**NOTE : Ce formulaire ne s'applique pas dans le cas d'accidents auxquels les membres du personnel sont impliqués. Dans ces circonstances, les employés doivent compléter le [formulaire 67 – Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail - Rapport sur l'accident ou la maladie professionnelle](#).**

**Information de base**

Nom de(s) personne(s) blessée(s) dans l'accident \_\_\_\_\_

Élève  Visiteur  Parent  Autre  \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un élève, inscrire le nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_

Niveau (élève) \_\_\_\_\_ Age de l'élève \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Indiquer l'adresse de l'élève et le numéro de téléphone du parent/tuteur (s'il diffère de celui ci-haut)

**Information sur l'accident**

Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

(\*Fournir des photographies du lieu de l'accident si possible.)

Date de l'accident \_\_\_\_\_ Heure de l'accident \_\_\_\_\_ am/pm

Activités au moment de l'accident (p. ex. récréation au terrain de jeux, soirée cinéma, activité sportive, etc.)

**Formulaire de signalement d'accident**

**POLITIQUE 129**

**Page 2 de 4**

Détails et description de la blessure

---

---

---

---

**Information sur l'accident (suite)**

Détails des premiers soins reçus / Nom de la personne qui les a donnés?

---

---

Services médicaux nécessaires, si connu (p. ex. ambulance, hôpital, visite chez le médecin)? Oui  Non  Ne sais pas

**Avis aux parents/tuteurs de l'élève**

Parent/tuteur avisé? Oui  Non  Avis donné par \_\_\_\_\_

Précisez la date et l'heure de l'avis \_\_\_\_\_

Mesure prise par le parent/tuteur, le cas échéant (p.ex. aller chercher l'élève à l'école)

---

---

**Information des témoins**

Noms, numéros de téléphone et déclarations des témoins.

(Nota : les renseignements de chaque déclaration des témoins devraient être du même type que ceux demandés dans ce formulaire. Veuillez joindre toute déclaration au présent formulaire.)

---

---

---

**Autorisation**

Rapport rempli par \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Direction/Superviseur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES À FOURNIR PAR LA DIRECTION (le cas échéant):**

**Conditions météorologiques**

Quelles étaient les conditions météorologiques au moment de l'accident (p. ex. : ciel dégagé, pluie, neige, verglas, brouillard, etc.)?

\_\_\_\_\_

En cas de verglas ou de neige, est-ce que du sel ou du sable avait été répandu sur les lieux avant l'accident? Si oui, par qui et à quel moment?

\_\_\_\_\_

**Chute**

Quel type de chaussures portait la personne au moment de la chute?

\_\_\_\_\_

Est-ce que la personne transportait quelque chose? Si oui, quoi?

\_\_\_\_\_

**Terrain de jeux**

Qui effectuait la supervision au moment de l'accident (si durant les heures d'école)?

\_\_\_\_\_

État de l'équipement du terrain de jeux, le cas échéant.

\_\_\_\_\_

**Lieu de l'accident**

Est-ce que des plaintes avaient été formulées concernant ce lieu avant l'accident (p. ex. : équipement défectueux ou cassé, autres chutes, etc.)? Si oui, veuillez décrire.

---

---

---

**Suivi**

Quelles démarches additionnelles (s'il y a lieu) ont été entreprises dans les 48 heures suivant l'accident? Veuillez décrire tout suivi assuré après ces 48 heures.

---

---

---

**Autre**

Veuillez décrire l'éclairage des lieux de l'accident (p. ex. : adéquat, faible, aucun éclairage, etc.).

---

Autre information pertinente (incluant dommage des biens personnels et publics)

---

(\*Inclure photographies, si disponibles.)

**Autorisation**

Signature (directeur/directrice) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_