

★ FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE AU : [info@abernier.ca](mailto:info@abernier.ca)

DATE DE L'INCIDENT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NO CERTIFICAT : \_\_\_\_-\_\_\_\_ CODE CLIENT : \_\_\_\_\_

NOM DU BC / CPE /GARDERIE / REGROUPEMENT : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLÈTE : \_\_\_\_\_

TÉL : ( ) \_\_\_\_\_

DIRECTEUR(TRICE)/COORDINATEUR(TRICE): \_\_\_\_\_

BLESSÉ(E) : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PARENT : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉL : ( ) \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

PERSONNE CONTACTÉE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HEURE : \_\_\_\_\_

LIEU DE L'INCIDENT : \_\_\_\_\_

NOM DE L'ÉDUCATEUR (TRICE) RESPONSABLE AU MOMENT DE L'INCIDENT : \_\_\_\_\_

DÉCRIRE BRIÈVEMENT L'INCIDENT ET INDIQUER LES BLESSURES:

---

---

---

---

MESURES IMMÉDIATES (PREMIER SOINS) :

---

---

TRANSPORT AU SERVICE DE SANTÉ : OUI  NON

NOM DE L'HÔPITAL : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VU À L'URGENCE : OUI  NON  HOSPITALISÉ : OUI  NON  CHAMBRE NO: \_\_\_\_\_

TÉMOIN 1. NOM \_\_\_\_\_ TÉL : ( ) \_\_\_\_\_

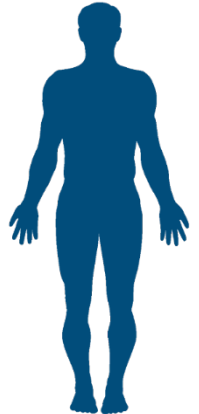
TÉMOIN 2. NOM \_\_\_\_\_ TÉL : ( ) \_\_\_\_\_

JE (PARENT/TUTEUR) RECONNAIS AVOIR ÉTÉ INFORMÉ DE L'INCIDENT TEL QUE DÉCRIT DANS LE PRÉSENT DOCUMENT.

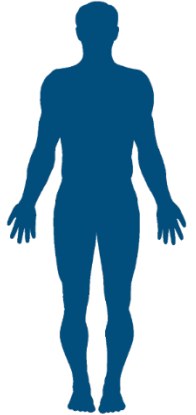
SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PARENT/TUTEUR

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



★ SEND THIS FORM TO : [info@abernier.ca](mailto:info@abernier.ca)



INCIDENT DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CUSTOMER NUMBER : \_\_\_\_-\_\_\_\_ CUSTOMER CODE: \_\_\_\_\_

BC / CPE / DAYCARE / REGROUPEMENT : \_\_\_\_\_

FULL ADDRESS : \_\_\_\_\_

PHONE NUMBER : \_\_\_\_\_

DIRECTOR / COORDINATOR/PROVIDER: \_\_\_\_\_

INJURED : \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PARENT : \_\_\_\_\_

FULL ADDRESS : \_\_\_\_\_

PHONE NUMBER : \_\_\_\_\_

PERSON CONTACTED : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TIME : \_\_\_\_\_

SCENE OF THE INCIDENT : \_\_\_\_\_

NAME OF PROVIDER IN CHARGE AT THE TIME OF THE INCIDENT: \_\_\_\_\_

DESCRIBE AND INDICATE THE INJURY (IES):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IMMÉDIATE MEASURES (FIRST AID) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRANSPORTATION TO HEALTH SERVICES : OUI  NON

NAME OF HOSPITAL : \_\_\_\_\_

ADDRESS : \_\_\_\_\_

EXAMINED AT EMERGENCY : OUI  NON  HOSPITALISED : OUI  NON  ROOM NO: \_\_\_\_\_

WITNESS 1. NAME \_\_\_\_\_ TEL : ( ) \_\_\_\_\_

WITNESS 2. NAME \_\_\_\_\_ TEL : ( ) \_\_\_\_\_

I (PARENT/GUARDIAN) ACKNOWLEDGE HAVING BEEN INFORMED OF THE INCIDENT AS DESCRIBE IN THIS DOCUMENT.

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
PARENT/GUARDIAN

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_