



## **RAPPORT D'ACCIDENT**

### **Identification de la personne blessée**

**Nom, prénom :** \_\_\_\_\_

**Niveau :** \_\_\_\_\_

**Date de l'accident :** \_\_\_\_\_

**Activité au moment de l'accident :** \_\_\_\_\_

**Endroit où l'accident a eu lieu :** \_\_\_\_\_

**Circonstances de l'accident :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personnes témoins :** \_\_\_\_\_

**Soins administrés :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom de la personne qui a administré les soins** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature