

RAPPORT D'ACCIDENT



Lieu de l'accident :
Nom de l'étudiant(e) :
Numéro de demande d'admission (DA) :
Nom de l'intervenant(e) :

Description de l'accident et circonstances :
--

Description et localisation des blessures :

Traitement :

Refus de traitement, signature de l'étudiant(e) :

Recommandations faites par l'intervenant(e) :

Suite de l'évènement (cochez la case appropriée) :

Retour à son activité :	<input type="checkbox"/>	Départ pour la clinique médicale :	<input type="checkbox"/>
Retour à son domicile :	<input type="checkbox"/>	Départ pour l'hôpital :	<input type="checkbox"/>

Signature de l'étudiant(e) :

S'il vous plaît, remettre la copie originale de ce rapport à la Direction des ressources humaines, une copie à la Direction adjointe des études, à la coordination du programme et en conserver une copie au laboratoire.