

# 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.