

D'ASSURANCE SCOLAIRE DU MANITOBA
RAPPORT D'INCIDENT/ACCIDENT TOUCHANT LES ÉTUDIANT(E)S

DIRECTIVES

LES RAPPORTS DOIVENT ÊTRE SOUMIS ÉLECTRONIQUEMENT À www.schoolincidentreporting.com. UN NOM D'UTILISATEUR AINSI QU'UN MOT DE PASSE SERA REQUIS, LEQUEL EST DISPONIBLE AUPRÈS DE VOTRE BUREAU D'ADMINISTRATION OU WESTERN FINANCIAL GROUP INSURANCE SOLUTIONS (LINDA BAKER AU 942-2555/1-800-265-0314 POSTE 7220 ou linda.baker@westernfgis.ca).

SI VOUS NE POUVEZ SOUSMETTRE CE FORMULAIRE ELECTRONIQUEMENT, NOUS VOUS PRIONS DE LE COMPLÉTER ET L'ENVOYER À WESTERN FINANCIAL GROUP INSURANCE SOLUTIONS, À L'ATTENTION DE MME LINDA BAKER, AU 777 PORTAGE AVENUE, WINNIPEG, MANITOBA R3G 0N3.

TOUT ACCIDENT OU BLESSURE GRAVE DEVRAIT ÊTRE RAPPORTÉ PAR TÉLÉPHONE DIRECTEMENT AUPRÈS DE L'AJUSTEUR ATTITRÉ DU PROGRAMME D'ASSURANCE-RESPONSABILITÉ, M. KEN JAMES, JAMES DUBÉ SPRAGGS ADJUSTERS LTD., TÉLÉPHONE: 985-1204, OU AVEC MME LINDA BAKER, WESTERN FINANCIAL GROUP INSURANCE SOLUTIONS, TÉLÉPHONE: 942-2555/1-800-265-0314 poste 7220.

DIVISION SCOLAIRE: _____

ÉCOLE: _____ TÉLÉPHONE: _____

NOM DE LA PERSONNE BLESSÉE: _____ DATE (J/M/A) DE NAISSANCE: _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: _____ DATE (J/M/A) DE L'ACCIDENT: _____

L'HEURE DE L'ACCIDENT: _____ AM PM

LIEU DE L'ACCIDENT: LES ARTS INDUSTRIELS; SCIENCE FAMILIALE; SALLE DE CLASSE; LABORATOIRE;

COUR DE RÉCRÉATION DE L'ÉCOLE; SORTIE ÉDUCATIVE; AUTOBUS; ÉDUCATION PHYSIQUE-À L'EXTÉRIEUR;

ÉDUCATION PHYSIQUE-À L'INTÉRIEUR; AUTRE. (SPÉCIFIÉ): _____

DÉTAILS DE L'INCIDENT (COMMENT A-T-IL EU LIEU): _____

CLASSIFICATION DES BLESSURES: (COCHER SELON LE CAS)

"MINEUR" - TELLE QUE ÉGRATIGNURE, CONTUSION, ÉRAFLURE, PETITE COUPURE, ENTORSE MINEURE

"MOYEN" - TELLE QUE COUPURE SÉRIEUSE, ENTORSE PLUS SÉRIEUSE, DOIGT FRACTURÉ

"GRAVE" - TELLE QUE BLESSURE À L'OEIL, LA TÊTE, LE VISAGE, LE DOS, BRAS OU JAMBE FRACTURÉ

NATURE ET GENRE DE BLESSURE: _____

LA BLESSURE A ÉTÉ TRAITÉE : OUI NON SI OUI, PAR QUI? _____

SI OUI, DÉCRIRE LE TRAITEMENT: _____

EST-CE QUE LE PROFESSEUR OU SURVEILLANT(E) ÉTAIT PRÉSENT: OUI NON INCONNU

SI OUI, NOM DU PROFESSEUR OU SURVEILLANT(E): _____

NOM(S) DE TÉMOIN(S): _____

L'ÉLÈVE A ÉTÉ: ENVOYÉ(E) À LA MAISON CONDUIT(E) À L'HÔPITAL/MÉDECIN # DE JOURS D'ÉCOLES MANQUÉS _____

LES PARENTS ONT-ILS ÉTÉ AVERTIS: OUI NON SI OUI, PAR QUI?: _____

EST-CE QU'IL Y A EU UN CONTACT SUBSÉQUENT AVEC LES PARENTS: OUI NON

EST-CE QUE L'ÉLÈVE EST ASSURÉ(E) PAR L'ASSURANCE ACCIDENT POUR ÉTUDIANT(E)S: OUI NON INCONNU

REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES: _____

DATE: _____

SOUMIS PAR (NOM): _____

SIGNATURE DIRECTEUR(TRICE): _____

NOM DU DIRECTEUR(TRICE) (AU COMPLET): _____

LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SERONT UTILISÉS UNIQUEMENT POUR COMPLÉTER L'INVESTIGATION DE LA RÉCLAMATION