

## Formulaire de réclamation – Accident impliquant un élève

**Veillez remplir le présent formulaire pour tout accident ayant causé une blessure qui nécessite des soins médicaux.** Envoyez-le à la Section de la gestion des risques (assurances) du ministère des Finances à Iqaluit, par télécopieur au 867 975-5845, par courriel à [RiskManagementAndInsurance@gov.nu.ca](mailto:RiskManagementAndInsurance@gov.nu.ca) ou par la poste au C. P. 2260, Iqaluit, Nunavut X0A 0H0.

### Généralités

Nom de l'école :	Lieu :	
Nom de l'élève :	Région :	
Date de naissance :	Garçon    Fille	Niveau scolaire :
Nom des parents ou tuteurs :		
Adresse postale :	Numéro de téléphone :	
Les parents ont-ils été avertis?    Oui    Non		

### Information sur l'accident

Date :	Heure :	Lieu : À l'école Sur le terrain de l'école En route vers l'école ou sur le chemin du retour En résidence scolaire Lors d'une sortie scolaire
Endroit précis :		
Description de l'accident :		
Enseignant responsable :	Nature de la blessure :	
Premiers soins donnés :		Soins donnés par :
Lieu où l'élève a reçu les soins :		Accompagnateur :

### Parents ou tuteurs

Date de la première consultation avec le médecin :	
Nom et adresse du médecin :	
Des indemnités en cas d'accident sont-elles prévues par un autre régime d'assurance collective ou dentaire?	
Compagnie d'assurances :	
N° de police :	N° de certificat :
Je soussigné confirme que les réponses ci-dessous sont, à ma connaissance, véridiques et complètes :	
Date :	Signature (parent ou tuteur) :

### Hôpital et autorité médicale

J'autorise par la présente tout hôpital, médecin, chirurgien ou autre personne ayant soigné, traité ou examiné _____ (nom de l'élève) à transmettre au gouvernement du Nunavut ou son représentant tout renseignement demandé concernant la maladie ou la blessure, les antécédents médicaux, la consultation, les ordonnances ou les traitements, ainsi qu'une copie de tous les dossiers et rapports médicaux en lien avec l'événement. Une copie de cette autorisation sera considérée au même titre que le document original.		
Date :	Signature (parent ou tuteur) :	
Adresse :	Ville ou hameau :	Code postal :

### Médecin

Si la réclamation concerne une fracture, une dislocation ou toute blessure nécessitant une intervention chirurgicale, veuillez faire remplir la section suivante par le médecin responsable :		
Nature de la blessure :		Date de la chirurgie :
Date :	Signature du médecin :	
Date :	Signature de la direction :	