

Avis d'accident concernant un élève

Veillez remplir ce formulaire lorsqu'un élève se blesse dans un accident.

Vous devez le transmettre à la Division de la gestion des risques et des assurances du ministère des Finances à Iqaluit par télécopieur au numéro (867) 975-5845, par courriel à riskmanagement@gov.nu.ca ou par la poste à l'adresse CP 2260, Iqaluit, NU, X0A 0H0

Renseignements généraux

Nom de l'école :	Communauté :	
Nom de l'élève :	Région :	
Date de naissance :	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	Niveau :
Nom des parents ou des tuteurs :		
Adresse postale :	Numéro de téléphone :	
Les parents ont-ils été informés? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Détails de l'accident :

Date :	Heure :	Lieu :
Emplacement précis :		<input type="checkbox"/> Dans l'école
Décrivez l'événement :		<input type="checkbox"/> Sur le terrain de l'école
		<input type="checkbox"/> En allant ou revenant de l'école
		<input type="checkbox"/> Dans une résidence étudiante
		<input type="checkbox"/> Lors d'une excursion
Enseignant(e) de service :	Nature des blessures :	
Décrire les premiers soins offerts :		Par qui?
L'élève a-t-il reçu des soins médicaux?		Par qui?

Parent(s)/Tuteur(s) :

Date de la première visite chez le médecin :	
Nom et adresse du médecin :	
Participez-vous à un régime d'assurance collective ou de soins dentaires?	
Nom de la compagnie d'assurance :	
Numéro de police :	Numéro de certificat :
Je, soussigné(e) atteste que les informations contenues au présent formulaire sont complètes et véridiques au meilleur de mes connaissances ou croyances :	
Date :	Signature (parent ou tuteur) :

Hôpital et autorité médicale :

J'autorise par la présente tout hôpital, médecin, chirurgien ou personne ayant examiné ou prodigué des soins médicaux à _____ (élève) à fournir au gouvernement du Nunavut ou à son représentant les informations pertinentes concernant les maladies ou les blessures, les antécédents médicaux, les consultations, les prescriptions ou les traitements relatifs à cet accident, ainsi que les copies des dossiers médicaux et des rapports qui s'y rattachent. Je reconnais qu'une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'original.		
Date :	Signature (parent ou tuteur) :	
Adresse	Ville ou village :	Code postal :

Médecin :

Si l'avis d'accident se rapporte à une fracture, une dislocation ou toute blessure requérant une intervention chirurgicale, le médecin traitant doit alors remplir la présente section :		
Nature de la blessure :		Date de l'intervention chirurgicale :
Date :	Signature du médecin :	
Date :	Signature du directeur d'école :	

