

Déroulement d'une situation

BLOC 1		IDENTIFICATION DES PERSONNES CONCERNÉES		
Nom de l'enfant :		Aucun enfant concerné <input type="checkbox"/>		
Groupe d'enfants :		Aucun groupe concerné <input type="checkbox"/>		
Éducatrice concernée :		Date de l'événement : _____		
BLOC 2		DÉTAILS DES FAITS		
Heure	Identifier toutes les personnes contactées	Téléphone	Non rejoint	Note
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
Résumé des faits :				
BLOC 3 AUTRES INFORMATIONS CONNEXES				
<input type="checkbox"/> J'ai utilisé le protocole ou la procédure « _____ ».				
Y a-t-il des blessés? <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, la déclaration d'accident est-elle complétée? <input type="checkbox"/>				
Avez-vous recours au Service policier? <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui				
Avez-vous recours au Service d'incendie? <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui				
Y a-t-il un témoin lors de l'événement? <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, indiquer son nom _____				
BLOC 4		CONCLUSION		
La responsable du service de garde est-elle informée?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Date _____	
La direction d'école est-elle informée?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Date _____	
Y aura-t-il un suivi de l'événement avec la/les personnes concernées?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Date _____	