|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Accident de : | Date : |  | Heure : |  |
| Nom de la victime : |  | | | |
| Lieu de l’accident : |  | | | |
| Description des circonstances de l’accident : |  | | | |
| Nature de la lésion : |  | | | |
| Témoins : |  | | | |
| Premiers soins – intervention : | Date : |  | Heure : |  |
| Nom de la personne qui a donné les premiers soins : |  | | | |
| Description du traitement et des moyens utilisés : |  | | | |
| Suivi donné après les premiers soins : |  | | | |
| Remarques : |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Accident de : | Date : |  | Heure : |  |
| Nom de la victime : |  | | | |
| Lieu de l’accident : |  | | | |
| Description des circonstances de l’accident : |  | | | |
| Nature de la lésion : |  | | | |
| Témoins : |  | | | |
| Premiers soins – intervention : | Date : |  | Heure : |  |
| Nom de la personne qui a donné les premiers soins : |  | | | |
| Description du traitement et des moyens utilisés : |  | | | |
| Suivi donné après les premiers soins : |  | | | |
| Remarques : |  | | | |

**Services de secours : 112**

**Centre antipoison : 070 245 245**