



# Registre de premiers soins, incident ou accident

Enregistrement n° : .....

Entreprise: .....

Accident / Malaise / Incident      Date: ...../...../.....      Heure: .....H.....

Coordonnées de la victime : .....

Coordonnées du secouriste : .....

Lieu / adresse de l'évènement : .....

Description et circonstances : .....

Intervention du secouriste      Date: ...../...../.....      Heure: .....H.....

Nature et localisation des lésions/plaintes : .....

Causes de la/les lésion(s) : .....

Premiers soins dispensés : .....

Coordonnées des témoins : .....

Signature(s):