**DOCUMENT DE SOUTIEN**

**Modèle – Formulaire de**

**GENA – Rapport d’accident**

**Nom du site de GENA : Type de services 3:** ☐ **Longue durée** ☐ **Courte durée** ☐ **Services combinés**

**Nom de l’enfant : Nom du parent : Date de l’accident : Heure de l’accident : Décrire la blessure :**

**Décrire comment l’accident est survenu : Des premiers soins ont-ils été donnés à l’enfant** ☐ **Oui** ☐ **Non**

**Autres commentaires :**

**Nom du témoin : Signature: Membre du personnel qui a rempli ce formulaire : Signature du membre du personnel de GENA :**

**Date:**

**J’ai été informé(e) de cet accident** ☐ **Oui** ☐ **Non**

**Nom du parent :**

**Signature du parent : Date:**

Février 2014

17 Fairmeadow Avenue, Suite 211, Toronto, ON M2P 1W6 — Tel. 416.395.5027 | Fax. 416.395.5190 | [www](http://www.cmascanada.ca).cmascanada.ca

Funded by: Citizenship and Immigration Canada / Financé par: Citoyenneté et Immigration Canada

**Supporting Child Care in the Settlement Community / Soutenir les services de garde d’enfants dans la communauté d’accueil**