

Accident impliquant un(e) élève – Formulaire de réclamation

Remplissez ce formulaire pour tout accident avec blessure exigeant des soins médicaux.
Envoyez au service de gestion des risques et d'assurances du ministère des Finances à Iqaluit par télécopieur au 867-975-5845, par courriel à riskmanagement@gov.nu.ca ou par la poste à C.P. 2260, Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0.

Général

Nom de l'école :	Lieu :	
Nom de l'élève :	Région :	
Date de naissance :	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Niveau scolaire :
Nom du ou des parent(s)/tuteur(s) :		
Adresse postale :	Téléphone :	
Les parents ont-ils été informés? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Détails de l'accident :

Date :	Heure :	Endroit : <input type="checkbox"/> Dans l'école <input type="checkbox"/> Dans le terrain de l'école <input type="checkbox"/> Pendant un déplacement à destination/en provenance de l'école <input type="checkbox"/> Dans la résidence scolaire <input type="checkbox"/> Pendant une excursion
Lieu spécifique :		
Décrivez ce qui s'est produit :		
Enseignant ou enseignante en service :	Nature de la blessure :	
Décrivez les premiers soins administrés :		Par qui?
Où a-t-on transporté l'élève pour les soins médicaux? :		Par qui?

Parent(s)/tuteur(s) :

Date de première consultation avec un médecin :	
Nom et adresse du médecin :	
Une police d'assurance ou de soins dentaires collective offrant une indemnisation pour l'accident est-elle en vigueur?	
Nom de la compagnie d'assurance :	
Numéro de police :	Numéro du brevet :
Le soussigné atteste par la présente que les réponses qui suivent sont véridiques et complètes à sa meilleure connaissance :	
Date :	Signature (parent ou tuteur) :

Hôpital et autorité médicale :

Par la présente, j'autorise tout hôpital, médecin, chirurgien ou toute autre personne ayant consulté, traité ou examiné _____ (élève) à fournir au Gouvernement du Nunavut ou à ses représentants toute information demandée relative à la maladie ou la blessure, aux antécédents médicaux, aux consultations, aux ordonnances ou aux traitements et des copies de tout dossier médical ou d'hospitalisation et de tout rapport sur ce cas. Une photocopie de la présente autorisation est réputée avoir la même portée et validité que l'originale.		
Date :	Signature (parent ou tuteur) :	
Adresse :	Ville ou municipalité :	Code postal :

Médecin :

Si la réclamation est pour une fracture, une dislocation ou une blessure exigeant une chirurgie, demandez au médecin traitant de remplir la section suivante :		
Nature de la blessure :		Date de la chirurgie :
Date :	Signature du médecin :	
Date :	Signature du directeur ou de la directrice de l'école :	