

# Formulaire C

## Déclaration général d'incident

Révision  
2018

(Confidentiel une fois rempli)

### AVIS IMPORTANT

Notre assureur exige que nous déclarions immédiatement tout incident comportant des dommages corporels à l'égard des tiers. Le défaut de signaler de tels incidents dans les plus brefs délais pourrait avoir une incidence sur la protection offerte par notre assurance responsabilité civile.

Paroisse : \_\_\_\_\_  
*Nom de la paroisse*

Communauté chrétienne : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*Nom de la communauté chrétienne* *Nom de la ville ou le village*

Date de la déclaration : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI REMPLIT LE FORMULAIRE

Nom : \_\_\_\_\_

Poste (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Emplacement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postale : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION D'INCIDENT

Date de l'incident : \_\_\_\_\_ Heure de l'incident (échelle de 24h) : \_\_\_\_\_

Lieu de l'incident : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postale : \_\_\_\_\_

#### Lieu de l'accident (cochez une case) :

Le hall  L'entrée  Les escaliers  L'intérieur de l'église  Le stationnement

Autre \_\_\_\_\_

#### Cause (Si possible et le cas échéant, veuillez prendre une photo des lieux IMMÉDIATEMENT) :

Chute  Faux pas  Autre \_\_\_\_\_

#### État de la surface (le cas échéant) :

Sèche  Mouillée  Glacée  Enneigée  Huileuse/graisseuse

Planchers fraîchement lavés  Autre \_\_\_\_\_

#### Température/météo (le cas échéant) :

Sous -1° C  0° à 10° C  Plus 10° C  Pluie  Neige

Autre \_\_\_\_\_

(Confidentiel une fois rempli)

**Y a-t-il eu des blessés?**

Oui (Veuillez remplir la Déclaration du tiers blessé)  Non

**Suivi(s) nécessaire(s) - Vous devez remplir la section suivante :**

Le demandeur a-t-il demandé un suivi?  Oui  Non

Le demandeur a-t-il mentionné ou demandé une indemnisation ou un Remboursement de factures, de frais ou d'ordonnances?  Oui  Non

Le demandeur a-t-il subi des dommages matériels?  
(par exemple des lunettes cassées)  Oui  Non

**Assistance médical apportée :**

Oui (Veuillez expliquer) \_\_\_\_\_

Non (Veuillez expliquer) \_\_\_\_\_

**Destination :**

Hôpital  Médecin privé  Domicile

Autre \_\_\_\_\_

**Transport :**

Propre véhicule  Ambulance

Autre \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU TIERS BLESSÉ Si quelqu'un à été blessé, veuillez fournir les renseignements suivants.**

(NB : Si plus d'une personne a été blessée, veuillez joindre à cette déclaration les détails additionnels selon le modèle ci-dessous.)

Nom complet (enfant/jeune/adulte) : \_\_\_\_\_ Sexe : M F

Âge (si enfant/jeune) : \_\_\_\_\_ Date de naissance (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postale : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_

Parent/gardien/fournisseur de soins – Avisé?  Oui  Non

Si oui, indiquez la date et l'heure de l'avis : \_\_\_\_\_

**Formulaire C**  
**Déclaration général d'incident**

Révision  
**2018**

*(Confidentiel une fois rempli)*

Nom du parent/gardien/fournisseur de soins *(le cas échéant)* : \_\_\_\_\_

Adresse *(si différente)* : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone *(si différent)* : \_\_\_\_\_

Description de la blessure et partie du corps affectée : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Résumez brièvement la nature de l'accident ainsi que les gestes posés pour remédier à la situation :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENT SUR LE(S) TÉMOIN(S)**

Y a-t-il un(des) témoin(s) à l'incident?

Oui

Non

*(NB : Si plus d'une personne a été témoin, veuillez joindre à cette déclaration les détails additionnels selon le modèle ci-dessous.)*

Nom du témoin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postale : \_\_\_\_\_

**Je confirme par la présente qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont exacts.**

**Signature de la personne qui remplit le formulaire :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

***Conservez une copie de ce formulaire pour vos dossiers.***

*Veillez télécopier dans les plus brefs délais le formulaire complété au (506) 546-1423 et faire parvenir l'original par la poste à :*

**Administration des finances – Diocèse de Bathurst**

C.P. 460, Bathurst, NB E2A 3Z4

***Remarque : S'il s'agit d'une allégation de mauvais traitements, vous devez signaler l'incident au Ministère du développement sociale (Service de protection)***