

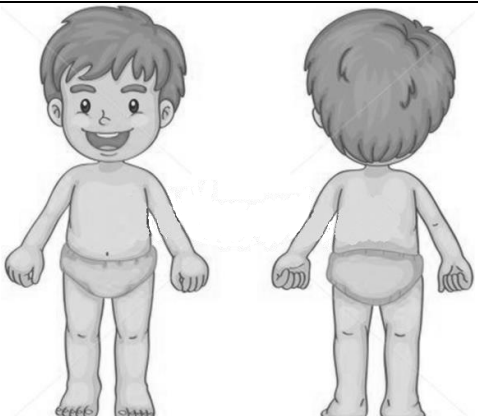
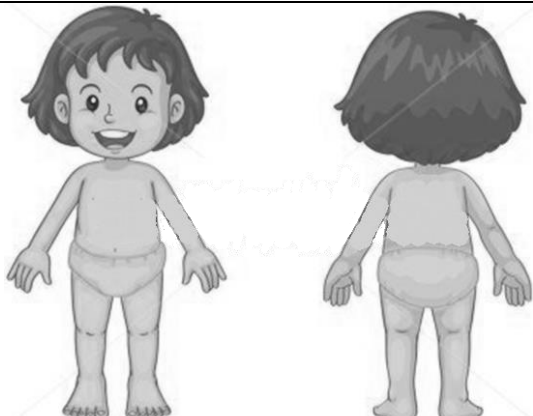
Nr. zdarzenia:

RAPORT Z WYPADKU/INCYDENTU W SZKOLE
POLSKA KATOLICKA SZKOŁA SOBOTNIA W STAVANGER



| | | | |
|---|--|----------------------------|--|
| IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ | | KLASA | |
| IMIĘ I NAZWISKO NAUCZYCIELA KLASY | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO ŚWIADKA(ÓW) | | | |
| DATA WYPADKU/INCYDENTU | | CZAS WYPADKU/INCYDENTU | |
| CZY WEZWANO LEKARZA? | | CZY POWIADOMIONO RODZICÓW? | |
| POD CZYJĄ OPIEKĄ ZNAJDOWAŁO SIĘ DZIECKO/UCZEŃ PODCZAS ZDARZENIA | | | |

| |
|---|
| MIEJSCE WYPADKU/INCYDENTU |
| OPIS WYPADKU/INCYDENTU |
| ZNAKI I SYMPTOMY ZAUWAŻONE PO WYSTĄPIENIU WYPADKU/INCYDENTU |
| OPIS ZASTOSOWANEJ POMOCY |
| PRZEDSIĘWZIĘCIA DŁUGOFALOWE |

| | |
|---|--|
| USZKODZENIA CIAŁA <i>zaznacz właściwe miejsce</i> | |
|  |  |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| OSOBA WYPEŁNIAJĄCA RAPORT <i>Imię I nazwisko, data, numer telefonu</i> | REPREZENTANT SZKOŁY <i>Imię I nazwisko, data, numer telefonu</i> | ŚWIADEK WYPADKU/INCYDENTU <i>Imię I nazwisko, data, numer telefonu</i> |