



**ONTARIO SCHOOL BOARDS' INSURANCE EXCHANGE
FONDS D'ÉCHANGE D'ASSURANCE DES CONSEILS SCOLAIRES DE L'ONTARIO
INCIDENT REPORT FORM/RAPPORT D'INCIDENT**

To be completed by Person In Charge. Not to be completed by Parent or Injured Party.
À remplir par la personne responsable. À remplir par une personne autre que le parent ou la personne blessée.

I - INJURED PERSON(S)/PERSONNE(S) BLESSÉE(S)											
<p>IF PERSON HAS BEEN ADMITTED TO HOSPITAL, OR IF FATALEY INJURED, IMMEDIATELY TELEPHONE OSBIE CLAIMS DEPARTMENT SI LA PERSONNE EST HOSPITALISÉE OU EST DÉCÉDÉE, TÉLÉPHONER IMMÉDIATEMENT AU SERVICE DES SINISTRES DE L'OSBIE</p> <p align="center">1-800-666-8724 (519) 767-2182 FAX (519) 767-0281</p>											
Name/Nom		Last/Nom de famille			First/Prénom		Date of Birth/Date de naissance		D	M	Y
Address/Adresse		Street/Rue				City/Ville		Postal Code/Code postal			
Sex/([M/F])	Age/Âge	Grade Level/Niveau de classe			Telephone ()						
Student/Élève	Parent/Parent	Volunteer/Bénévole			Visitor/Visiteur		Other/Autre				
Name of Parent or Guardian/Parent ou Tuteur											
Type of Bodily Injury or Property Damage/Type de blessure corporelle ou Dommages aux biens											

II - DETAILS OF INCIDENT/DÉTAILS DE L'INCIDENT									
Date	Day/Jour	Month/Mois	Year/Année	Time/Heure A.M. P.M.	<input type="checkbox"/> 1 Bodily Injury/Blessure corporelle	<input type="checkbox"/> 2 Property damage/Dommages aux biens			

III - NATURE OF INCIDENT/NATURE DE L'INCIDENT									
<input type="checkbox"/> 1 Sports Injury/Blessure sportive			<input type="checkbox"/> 2 Assault/Aggression			<input type="checkbox"/> 4 Other/Autre			
			<input type="checkbox"/> 3 Slip or Fall/Glissade ou chute			Description: _____			
			<input type="checkbox"/> 5 Rough Play/Jou brutal						
Name of Sport/Nom du sport: _____									
1 Classroom/Classe	<input type="checkbox"/>	6 Gymnasium/Gymnase	<input type="checkbox"/>	11 Field trip/Excursion	<input type="checkbox"/>	16 Sidewalk/ Trottoir	<input type="checkbox"/>		
2 Portable/Classe mobile	<input type="checkbox"/>	7 School yard/Terrain de jeux	<input type="checkbox"/>	12 Washroom/Toilette	<input type="checkbox"/>	17 Parking Lot/Terrain de stationnement	<input type="checkbox"/>		
3 Cafeteria/Cafétéria	<input type="checkbox"/>	8 Slide/Glissade	<input type="checkbox"/>	13 Shop/Atelier	<input type="checkbox"/>	18 Driveway/Allée	<input type="checkbox"/>		
4 Hallway/Corridor	<input type="checkbox"/>	9 Swings/Balçoires	<input type="checkbox"/>	14 Swimming pool/Piscine	<input type="checkbox"/>	19 Path/Sentier	<input type="checkbox"/>		
5 Stairs/Escalier	<input type="checkbox"/>	10 Climbing/Grimpure	<input type="checkbox"/>	15 Other/Autre	<input type="checkbox"/>				

DID INCIDENT OCCUR ON SCHOOL BOARD PREMISES/EST-CE QUE L'INCIDENT S'EST PRODUIT DANS LES LOCAUX DU CONSEIL SCOLAIRE? YES/OUI NO/NO
 IF "NO", GIVE FULL ADDRESS OF INCIDENT SITE/SI "NON" VEUILLEZ DONNER L'ADRESSE COMPLÈTE DU LIEU DE L'INCIDENT:

IV - DESCRIPTION OF INCIDENT/DESCRIPTION DE L'INCIDENT									
HOW/COMMENT INCIDENT OCCURRED/OÙ ET COMMENT L'INCIDENT EST SURVENU :									

V - WITNESSES/TÉMOINS										
	NAME/NOM	AGE/ÂGE*	HOME ADDRESS/ADRESSE À LA MAISON				HOME TELEPHONE/NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À LA MAISON			
1							()			
2							()			
3							()			
4							()			

*INDICATE ADULT (A) OR MINOR (M) *INDIQUER ADULTE (A) OU MINEUR (M)

VI - SCHOOL DETAILS/DÉTAILS DE L'ÉCOLE									
School Board/Conseil scolaire									
School/École									
Address of School/Adresse de l'école									
Person in charge/Personne responsable									
Principal/Directeur									
DATE:		COMPLETED BY/REMPLI PAR :				TELEPHONE: ()			

OSBIE 4/98 Information is collected on this form for the purpose of complying with the terms and conditions of an Insurance contract.
 Nous recueillons les renseignements qui figurent sur la présente formule conformément aux modalités d'un contrat d'assurance.