**Załącznik nr 1**

Prószków, ………………….

(pieczęć szkoły)

**ZAWIADOMIENIE O WYPADKU UCZNIA**

**Wypadek – uczeń/uczennica**

Imię i nazwisko poszkodowanego(ej), klasa : ..........................................................................................

urodzony(a): ............................................................... r. w ......................................................................

zamieszkały (a): ulica..................... nr domu..................kod.....................miejscowość...........................,

tel.:..........................................

1. Wypadek z dnia ................................o godzinie(która lekcja) ………………………………………

2. Rodzaj zajęć: ..........................................................................................................................................

3. W chwili wypadku wykonywał(a): ........................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………4. Miejsce w którym doszło do wypadku: .................................................................................................

5. Opis zdarzenia, które doprowadziło do urazu: ......................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

6. Kto udzielił pierwszej pomocy: .............................................................................................................

7. W jaki sposób udzielono p. pomocy przedmedycznej: ..........................................................................

8. Nazwa przychodni, do której udał się poszkodowany(a) w związku z urazem jakiego doznał(a):

........................................................................................... data ................................................................

9. Jakiego urazu doznał (a) poszkodowany (a), (wg. zaświadczenia lekarskiego, karta wypisowa, lub rozpoznanie, jeżeli jest dostępna ): ............................................................................................................

10. Imię i nazwisko osoby sprawującej nadzór nad poszkodowanym (ą) w chwili wypadku:

............................................................................tel...................................................................................

Czy osoba sprawująca bezpośrednią pieczę nad poszkodowanym (ą), była obecna w chwili wypadku w miejscu, w którym zdarzył się wypadek TAK, NIE (jeżeli nie-podać z jakiej przyczyny):…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**TAK**

**NIE**

**Informacje medyczną o doznanym urazie, proszę dołączyć do zawiadomienia o wypadku (jeżeli jest dostępna)**

Uwagi: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Czytelny podpis osoby zgłaszającej wypadek** ………………………………………………….…….

 *(imię i nazwisko, funkcja)*