



**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)**

IF PERSON HAS BEEN ADMITTED TO HOSPITAL, OR IF FATALLY INJURED, IMMEDIATELY TELEPHONE OSBIE CLAIMS DEPARTMENT  
SI LA PERSONNE EST HOSPITALISÉE OU EST DÉCÉDÉE, TELEPHONER IMMÉDIATEMENT AU SERVICE DES SINISTRES DE L'OSBIE

1-800-668-6724 (519) 767-2182 FAX (519) 767-0281

Name/Nom	Last/Nom de famille	First/Prenom	Date of Birth/Date de naissance	D	M	Y
Address/Adresse	Street/Rue		City/Ville	Postal Code/Code postal		
Sex(e) (M/F)	Age/Âge	Grade Level/Année 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Bodily injury/Blessure corporelle	2 <input type="checkbox"/> Property damage/Dommages aux biens
Day/Jour	Month/Mois	Year/Année	Time/Heure A.M. P.M.	

**III – NATURE OF INCIDENT/NATURE DE L'INCIDENT**

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

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

**IV – DESCRIPTION OF INCIDENT/DESCRIPTION DE L'INCIDENT**

HOW/WHERE INCIDENT OCCURRED/OU 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/REPLI PAR : TELEPHONE: ( )