Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
w Sosnowcu ul. Kilińskiego 25
41-200 Sosnowiec, ul. Kilińskiego 25 e-mail: ckziu25@sosnowiec.edu.pl
tel./fax. +48 32 266 07 34 http://www.ckziu25.sosnowiec.pl

(pieczęć szkoły)	**KARTA INFORMACYJNA O WYPADKU UCZNIA** wypełnia nauczyciel drukowanymi literami lub komputerowo (opiekun lub inna osoba dokonująca zgłoszenia)

Imię i nazwisko poszkodowanego ucznia		**Klasa / grupa**	
Data wypadku		**Godzina**	
Data zgłoszenia wypadku nauczycielowi			
Miejsce wypadku			
Rodzaj zajęć			
Miejsce zamieszkania (telefon) poszkodowanego		**Data urodzenia** poszkodowanego	
Nr telefonu do opiekunów / rodziców poszkodowanego lub pełnoletniego poszkodowanego ucznia			
Imię i nazwisko funkcja osoby sprawującej nadzór nad uczniem			
Czy osoba sprawująca nadzór nad poszkodowanym uczniem była obecna w chwili wypadku w miejscu, w którym zdarzył się wypadek *		TAK / NIE	
Jeśli NIE to z jakiego powodu			

KRÓTKI OPIS WYPADKU
Okoliczności wypadku, inne informacje istotne w zdarzeniu, itp.

……...
……...
.....…….....

Rodzaj uszkodzenia ciała*	złamanie / skręcenie / uraz wewnętrzny / rany zewnętrzne / rozerwania / stłuczenia / zmiażdżenia / oparzenia / zatrucie / inne……		
Miejsce uszkodzenia ciała			
Udzielona pomoc (w jaki sposób?)			
Kto udzielił pierwszej pomocy			
Zgłoszenie wypadku rodzicom (prawnym opiekunom) *	TAK / NIE	Sposób zgłoszenia	

ŚWIADKOWIE WYPADKU

NAZWISKO I IMIĘ	KONTAKT (ADRES, TELEFON)

Data zgłoszenia wypadku Czytelny podpis osoby zgłaszającej	

1.wpłynęło do v-ce Dyrektora .....
(data i podpis)

2.wpłynęło do Dyrektora……
(data i podpis)

3.wpłynęło do BHP……
(data i podpis)

41-200 Sosnowiec, ul. Kilińskiego 25 e-mail: ckziu25@sosnowiec.edu.pl
tel./fax. +48 32 266 07 34 http://www.ckziu25.sosnowiec.pl

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....
podpis osoby zgłaszającej wypadek

*- niepotrzebne skreślić