

**El que suscribe:**

**En su carácter de:** (cargo)

**Del establecimiento:** (nombre)

**Calle:**

**Nro.:**

**Localidad:**

**TE:**

**Informa la ocurrencia de un accidente cuyas circunstancias y personas afectadas se detallan:**

Apellido y nombre (accidentado)

Edad

Lesiones sufridas (\*)

1.

2.

3.

4.

5.

(\*) Anotar el aspecto más significativo de la lesión. **Nota:** si hubiera más accidentados, sírvase usar otro formulario e indicar /2, /3, etc.

**Forma como ocurrió el accidente:** (indicar, lugar, fecha aprox., y breve descripción del hecho)

---



---



---



---



---

**En que actividad ocurrió el accidente:** (curricular, extracurricular, recreo, etc.)

**Nombre del docente a cargo:** (responsable de la actividad)

**Evolución:**

**Se ha reintegrado al Establecimiento:**

**Si hubo intervención policial indicar Comisaría:**

**Copia:**

**Se llamo al Servicio de emergencia médica:**

**Copia:**

**Existió otra Asistencia Médica:**

**Donde:**

**Copia:**

**Si hubo testigos, anotar sus datos personales, domicilio, teléfono y su relación con el hecho:**

1.

2.

3.

4.

5.

Por favor anotar al dorso de esta denuncia todo otro dato que juzgue de interés.

(lugar)

(fecha)

(firma y aclaración)

