

19. Miejsce uszkodzenia ciała:**

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> głowa | <input type="checkbox"/> twarz | <input type="checkbox"/> oko prawe | <input type="checkbox"/> oko lewe |
| <input type="checkbox"/> ucho prawe | <input type="checkbox"/> ucho lewe | <input type="checkbox"/> zęby | <input type="checkbox"/> tułów |
| <input type="checkbox"/> prawy bark i ramię | <input type="checkbox"/> lewy bark i ramię | <input type="checkbox"/> prawy łokieć i przedramię | <input type="checkbox"/> lewy łokieć i przedramię |
| <input type="checkbox"/> prawy nadgarstek i dłoń | <input type="checkbox"/> lewy nadgarstek i dłoń | <input type="checkbox"/> palce ręki prawej | <input type="checkbox"/> palce ręki lewej |
| <input type="checkbox"/> prawy staw biodrowy i udo | <input type="checkbox"/> lewy staw biodrowy i udo | <input type="checkbox"/> prawy staw kolanowy i podudzie | <input type="checkbox"/> lewy staw kolanowy i podudzie |
| <input type="checkbox"/> prawy staw skokowy i stopa | <input type="checkbox"/> lewy staw skokowy i stopa | <input type="checkbox"/> palce stopy prawej | <input type="checkbox"/> palce stopy lewej |
| <input type="checkbox"/> Inne, jakie? | | | |

20. Udzielona pierwsza pomoc w szkole/przedszkolu/placówce:**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> zimny okład np. kompres, spray | <input type="checkbox"/> maść lub krem np. Altacet | <input type="checkbox"/> opatrunek np. plaster |
| <input type="checkbox"/> usztywnienie np. bandaż, opaska, szyna | <input type="checkbox"/> wezwanie pogotowia | |

21. Kto udzielił pierwszej pomocy? ***

- Nauczyciel:
- Pielęgniarka:
- Inna osoba, jaka?:

22. Czy rodzic / opiekun prawny został poinformowany o zdarzeniu:**

 Tak Nie

Jeśli NIE, to z jakiego powodu?

.....

Forma zawiadomienia:**

 ustna telefoniczna pisemna

23. Czy uczeń/dziecko zostało odebrane z placówki oświatowej? **

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tak, przez rodzica chwilę po zdarzeniu | <input type="checkbox"/> Tak, przez rodzica po zakończonych zajęciach lub później |
| <input type="checkbox"/> Tak, przez inną osobę, jaką? | |
| <input type="checkbox"/> Nie, pozostał do końca zajęć w placówce i samodzielnie wrócił do domu | <input type="checkbox"/> Nie, samodzielnie wrócił do domu wcześniej kończąc zajęcia |

24. Świadkowie wypadku:

1.
 (imię i nazwisko świadka) (stanowisko pracownika / klasa lub grupa ucznia)

2.
 (imię i nazwisko świadka) (stanowisko pracownika / klasa lub grupa ucznia)

.....
 (data zgłoszenia wypadku)

.....
 (czytelny podpis osoby zgłaszającej wypadek)

Data wpływu do Dyrektora placówki:

(data)

(pieczęć i podpis Dyrektora placówki)

Wypełnia nauczyciel, opiekun lub inna osoba zgłaszająca wypadek. Zawiadomienie należy wypełnić komputerowo

* niewłaściwe skreślić;

** właściwe zaznaczyć;

*** właściwe zaznaczyć oraz wpisać imię i nazwisko;

**** podanie numeru telefonu ułatwi kontakt z rodzicem/opiekunem prawnym zespołowi powypadkowemu w momencie zaistnienia wątpliwości