|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………….(pieczęć lub nazwa i adres placówki z kodem) | **ZGŁOSZENIE WYPADKU OSOBY BĘDĄCEJ POD OPIEKĄ SZKOŁY LUB INNEJ PLACÓWKI DO CUWO ŁÓDŹ**wypełnia nauczyciel, opiekun lub inna osoba dokonująca zgłoszenia (najlepiej komputerowo lub odręcznie drukowanymi literami) |

|  |
| --- |
| **POSZKODOWANY:** |
| **Imię i nazwisko**poszkodowanego |  | **Klasa / grupa** |  |
| **Miejsce zamieszkania** poszkodowanego |  | **Data i miejsce urodzenia**  |  |
| **Kontakt do poszkodowanego\* (\*dot. poszkodowanych pełnoletnich, nie ubezwłasnowolnionych)** |
| nr telefonu | adres e-mail: |
| **RODZIC/E LUB INNY OPIEKUN PRAWNY/INNI OPIEKUNOWIE PRAWNI\*\*****(\*\* dot. poszkodowanych niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych)** |
| **Imię i nazwisko** | **Kontakt (nr telefonu, adres e-mail)** |
|  |  |
|  |  |
| **OKOLICZNOŚCI WYPADKU** |
| **Data wypadku** |  | **Godzina (w przybliżeniu)** |  |
| **Data zgłoszenia wypadku Dyrektorowi placówki, do której uczęszcza poszkodowany** |  |
| **Miejsce wypadku** | (np. klasa szkolna, świetlica, boisko szkolne, korytarz, klatka schodowa, toaleta chodnik w czasie zajęć lekcyjnych poza budynkiem szkoły itp., inne – jakie?) |
| **Rodzaj zajęć** | (np. lekcja wychowawcza, lekcja wf, wycieczka szkolna, wyjście do kina/teatru /muzeum itp.) |
| **KRÓTKI OPIS WYPADKU**(Okoliczności wypadku, inne informacje istotne w zdarzeniu, itp.) |
|  |
| Rodzaj uszkodzenia ciała (urazu) | złamanie / skręcenie / uraz wewnętrzny / rany zewnętrzne / rozerwania / stłuczenia / zmiażdżenia / oparzenia / zatrucie / inne (jakie?): ………………………………………………… |
| Miejsce uszkodzenia ciała  | (np. warga, nos, prawa/lewa dłoń itp.) |
| Udzielona pomoc (w jaki sposób?) |  |
| Kto udzielił pierwszej pomocy (imię i nazwisko, stanowisko)? |  |
| Czy wypadek wydarzył się w godzinach pracy pielęgniarki szkolnej? | TAK / NIE (\*\*\* właściwe podkreślić odręcznie lub elektronicznie) |
| Zgłoszenie wypadku rodzicom lub innym opiekunom prawnym \* |  TAK / NIE (\*\*\*) | Osoba zgłaszająca wypadek (imię, nazwisko, stanowisko) godzina i sposób zgłoszenia |  |
| **OSOBA SPRAWUJĄCA BEZPOŚRDENI NADZÓR NAD POSZKODOWANYM W CHWILI WYPADKU** |
| **Imię i nazwisko**, funkcja (np. wychowawca), stanowisko osoby sprawującej nadzór nad poszkodowanym |  |
| Czy osoba sprawująca nadzór nad poszkodowanym była obecna w chwili wypadku w miejscu, w którym zdarzył się wypadek \* | TAK / NIE (\*\*\*) |
| Jeśli NIE, to z jakiego powodu? |  |
| **ŚWIADKOWIE WYPADKU[[1]](#footnote-1)** |
| **Imię i nazwisko** | **Kontakt (nr telefonu, adres e-mail)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **SPOŁECZNY INSPEKTOR PRACY W PLACÓWCE ZGŁSZAJĄCEJ WYPADEK** |
| **Imię i nazwisko** | **Kontakt (nr telefonu, adres e-mail)** |
|  |  |
| **OSOBA ZGŁASZAJĄCA WYPADEK DO CUWO ŁÓDŹ** |
| **Imię i nazwisko, stanowisko- czytelny podpis** | **Kontakt (nr telefonu, adres e-mail)** |
|  |  |

1. **Świadkiem** jest osoba obecna przy zdarzeniu i mogąca opowiedzieć o tym. Dla postępowania powypadkowego w pierwszej kolejności **znaczenie będą miały osoby, które:**

**1. były obecne na miejscu wypadku i widziały przebieg zdarzenia**.

2. bezpośrednio nie były na miejscu zdarzenia i nie widziały go na własne oczy – jednak **posiadają informacje o zdarzeniu uzyskane za pośrednictwem innych zmysłów, np. słuchu**. Tak będzie w przypadku osoby przebywającej w innym pomieszczeniu, która usłyszała odgłos upadku lub wybuchu, do którego doszło w pomieszczeniu sąsiednim i która jako pierwsza znalazła się na miejscu zdarzenia udzielając pomocy poszkodowanemu.

3. bezpośrednio nie były na miejscu zdarzenia i nie widziały go na własne oczy, ale udzielały poszkodowanemu pierwszej pomocy przedmedycznej

4**. osoby które widziały zdarzenie zarejestrowane przez inną osobę telefonem komórkowym**.

**Co do zasady** **świadkiem zdarzenia nie będą osoby**, które uzyskały informacje o wypadku od osób, które widziały przebieg zdarzenia. [↑](#footnote-ref-1)