

École

Date de l'accident Heure de l'accident Lieu de l'accident

Cause de l'accident Accident mineur ou majeur

No. de rapport de police Qui a la responsabilité de l'accident

Véhicule du transporteur

Nom de la Cie du transporteur Marque Année

Capacité: Plaque d'immatriculation No. du parcours

Nom du conducteur/trice Numéro de permis

Élèves à bord? Si oui, nom des passagers (annexer liste si plusieurs)

Autre véhicule

Marque Modèle Couleur

Plaque d'immatriculation Adresse

Nom du conducteur/trice Numéro de permis

Numéro de téléphone Numéro de la police d'assurance

Exposé de l'accident

Schéma - (Soumettre un schéma de l'endroit où l'accident est survenu et de la position du ou des véhicules)

Dommages aux véhicules - (Mettre le schéma du ou des véhicules)

Nom de la personne avisée au Consortium

Heure

Blessures

Nom	Description
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conditions particulières ayant menés à l'accident, description (exemple : chaussée glissante, infraction au code, etc.)

Autres commentaires

Rapport rempli par

Date

Signature

Faire parvenir le formulaire dûment complété à :
Consortium de transport scolaire d'Ottawa
700, avenue Industrial, suite 210, Ottawa ON K1G 0Y9
Télécopieur : 613 736-7510
Adresse électronique : transportscolaire@ctso.ca