|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COLLECTIVITE :****.............................................****SERVICE :****.............................................** | **Suivi des premiers soins** | Page ...... sur ......Registre ouvert le :......................... |
| *Date* | *Heure* | *Identité de la victime* | *Identité du secouriste* | *Nature des soins - Circonstances de l’accident* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |