|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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* | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |