

.....
Placówka zgłaszająca

Adresat *

.....
.....
.....

Zgłoszenie wypadku ucznia

(zgodnie z rozporządzeniem MENIS z dnia 31 grudnia 2002r. –Dz. U. nr 6 z 2003r. poz.69)

1. Data wypadku godz.

miejsce wypadku -

2. Rodzaj wypadku: *śmiertelny, ciężki, zbiorowy, lekki* **

3. Skutki wypadku (gdy pomocy udzielił lekarz- wg opinii lekarza)

.....

4. Imię i nazwisko poszkodowanego ucznia -

data urodzenia klasa

5. Wstępne rozeznanie przyczyn i okoliczności wypadku

.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć dyrektora)
(w przypadku e-mail imię i nazwisko osoby sporządzającej)

*) Otrzymują:

1. Prokuratura Rejonowa(w przypadku wypadku śmiertelnego, ciężkiego i zbiorowego)
2. Kurator Oświaty(w przypadku wypadku śmiertelnego, ciężkiego i zbiorowego).
3. Powiatowy Inspektor Sanitarny (w przypadku zatrucia).
4. Wydział Oświaty i Wychowania (każdy wypadek).
5. Rada Rodziców (każdy wypadek).
6. Inspektor bhp (każdy wypadek).
7. a/a

***) Niepotrzebne skreślić (w przypadku e-mail – właściwe podkreślić).

.....
(imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna)

Chełmża

.....
(adres zamieszkania)

Wyrażam zgodę na spisanie wyjaśnień (bez mojej obecności) mojego syna

..... ur. w sprawie wypadku

któremu uległ(a) w dniu na

.....

.....
(podpis rodzica / prawnego opiekuna)

Pieczęć placówki:

ZAŁĄCZNIK DO DOKUMENTACJI WYPADKOWEJ

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002r w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach Dz. U. Nr 6 poz. 69 z 2003r. oraz na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 lipca 1998 r. z sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz sposobu ich dokumentowania , a także zakresu informacji zamieszczanych w rejestrze wypadków przy pracy Dz. U Nr 115 poz.744 z 1998r. z późn. zmianami.

WSTĘPNA OPINIA LEKARSKA*

Stwierdza się, że (dziecko) uczeń
na skutek wypadku w szkole w dniu
doznał (wpisać po polsku)
.....
.....

Wypadek: **

- a. spowodował ciężkie uszkodzenie ciała**
- b. nie spowodował ciężkiego uszkodzenia ciała**

..... **dnia**

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*Lekarz wypełnia w momencie zgłoszenia się poszkodowanego

** za ciężki wypadek uważa się wypadek w wyniku którego nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała , takie jak utrata wzroku , słuchu , mowy , zdolności rozrodczej lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia naruszający podstawowe funkcje organizmu , a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu , trwała choroba psychiczna , całkowita lub częściowa niezdolność do pracy w zawodzie albo trwałe , istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała (ustawa z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych Dz. U Nr 199 poz. 1673)

Uwaga: powyższa opinia nie stanowi podstawy do starania się o odszkodowanie z tytułu wypadku. Jest tylko załącznikiem do protokołu powypadkowego sporządzanego przez placówkę.