

RELAZIONE INFORTUNIO

ALUNN CLASSE

SCUOLA LUOGO E DATA DI NASCITA.....

DATA INFORTUNIO ORA

LUOGO INFORTUNIO

TESTIMONI (personale addetto alla vigilanza e/o altri presenti)

.....
.....

Descrizione circostanziata dell'infornio

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

Durante quale attività scolastica

Lesioni visibili

.....

Prime cure

.....

Altro

.....

Data

Firma leggibile del docente

.....