

(pieczęć zakładu pracy)	KARTA INFORMACYJNA O ZDARZENIU WYPADEK PRZY PRACY* WYPADEK W DRODZE DO/Z PRACY* WYPADEK UCZNIA* WYPADEK ZLECENIE* *zaznacz prawidłowe
	<u>PROSZE WYPELNIĆ CZYTELNIE</u>

Imię i nazwisko Poszkodowanego/ej		Wydział / oddział	
Data wypadku		Godzina wypadku	
Data zgłoszenia wypadku przełożonemu / opiekunowi			
Miejsce wypadku		Godzina rozpoczęcia pracy/ zajęć	
Rodzaj zajęć/pracy w trakcie zdarzenia		Stanowisko pracy (wypadek pracownika)	
Adres zamieszkania poszkodowanego/ej		Data i miejsce urodzenia poszkodowanego/ej	
Pesel: (wypadek pracownika)		Seria i nr dowodu osobistego (wypadek pracownika)	
Nr telefonu do pełnoletniego poszkodowanego/ej			
Nr telefonu do Rodziców/ Opiekunów w przypadku ucznia:			
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby sprawującej nadzór nad poszkodowanym/ną			
Czy osoba sprawująca nadzór nad poszkodowanym/ną była obecna w chwili wypadku w miejscu, w którym zdarzył się wypadek*			TAK / NIE
KRÓTKI OPIS WYPADKU Okoliczności wypadku, inne informacje istotne w zdarzeniu, itp.			
..... 			
Verte			
Rodzaj uszkodzenia ciała*	złamanie / skręcenie / uraz wewnętrzny / rany zewnętrzne / rozerwania / stłuczenia / zmiażdżenia / oparzenia / zatrucie / /skaleczenie/ zakłucie / inne.....		
Miejsce uszkodzenia ciała			
Udzielona pomoc (kto i w jaki sposób?)			
Czy zostali powiadomieni Rodzice/Opiekunowie ucznia (w jaki sposób)			
ŚWIADKOWIE WYPADKU			
NAZWIŚKO I IMIĘ		KONTAKT (ADRES, TELEFON)	
Data zgłoszenia wypadku Czytelny podpis osoby zgłaszającej			

Wpłynęło do Dyrektora / osoby funkcyjnej
(data i podpis)

Wpłynęło / zostało wysłane do BHP
(data i podpis)

[illegible]

.....
podpis czytelny osoby zgłaszającej wypadek

***- niepotrzebne skreślić**