



94, rue Anciens combattants AFN TOM – 02300 CHAUNY

DÉCLARATION DE TÉMOIGNAGE OU DE PREMIER PROFESSIONNEL DE SANTE AVERTI

Je soussigné(e) : Madame Mademoiselle Monsieur

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

FONCTION :

SERVICE :

Certifie avoir été :

Témoin de l'accident

Le premier professionnel de santé averti de l'accident

Dont a été victime :

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à |_|_| h |_|_|

Dans les circonstances précises suivantes :

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

Fait à :, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

SIGNATURE :
DU TEMOIN

.....**DU MAITRE DE STAGE**