



Diócesis de Jackson

Reporte de Accidentes o Lesiones

Parroquia y Ciudad: _____ **Apellidos del Estudiante:** _____

Llene el siguiente reporte de accidentes/lesiones (este reporte es únicamente para información). Lea cuidadosamente todas las preguntas y conteste cada una de ellas, **sin dejar renglones en blanco**, a menos que no sea su caso.

Nombre de la Parroquia: _____

Nombre de la Persona Lesionada: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de los testigos con su dirección y teléfono: _____

¿Cuándo ocurrió el incidente/lesión? Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Descripción del incidente: _____

Medidas de seguridad que se tomaron en el incidente: _____

Se le llamaron a los padres o tutores ¿les dejó mensaje? _____

Nombre del encargado del reporte/investigación: _____

Firma del Encargado del Reporte

Fecha del Reporte

Firma del Director/Pastor

Fecha

Favor de guardar una copia de este reporte en los archivos parroquiales y envíe este reporte original a la Diócesis de Jackson, P.O. Box 2248, Jackson, MS 39225 con atención: Departamento de Formación Religiosa.