

# SOINS DES PETITES BLESSURES

Nom et Prénom du blessé	Nature de la blessure	Lieu	Date Heure	Produits utilisés et suite donnée <input checked="" type="checkbox"/> si parents prévenus par tél.	Intervenant	Témoins éventuels
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	...../...../..... .. h ..	<input type="checkbox"/>		