

ЗАТВЕРДЖУЮ:

 (посада, ініціали, прізвище керівника
 закладу освіти)

 (підпис)
 " ____ " _____ 200__ р.

АКТ № _____

**про нещасний випадок, що стався з вихованцем, учнем, студентом, курсантом, слухачем,
 аспірантом навчального закладу (складається у п'яти примірниках)**

1. Прізвище, ім'я та по батькові потерпілого _____

2. Стать: чоловіча, жіноча (потрібне підкреслити) _____

3. Рік народження _____

4. Навчальний заклад, клас, група, де навчається, виховується потерпілий _____

5. Підпорядкованість (належність) навчального закладу _____

(міністерство, інший центральний орган виконавчої влади, орган управління освітою, засновник (власник), якому підпорядкований навчальний заклад)

6. Поштовий індекс та адреса навчального закладу _____

7. Місце, де стався нещасний випадок _____

8. Прізвище, ім'я та по батькові вихователя, вчителя, викладача, керівника навчального закладу,
 у класі (групі) якого стався нещасний випадок _____

9. Дата проведення інструктажу, навчання з охорони праці, безпеки життєдіяльності:
 інструктаж вступний _____
 інструктаж первинний _____

10. Дата і час нещасного випадку _____
(година, число, місяць, рік)

11. Обставини, за яких стався нещасний випадок _____

12. Подія, що призвела до нещасного випадку _____

13. Причини нещасного випадку _____

14. Наслідки нещасного випадку _____
(смертельний чи не смертельний)

15. Перебування потерпілого в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння _____

16. Заходи щодо усунення наслідків нещасного випадку:

№ з/п	Зміст заходу	Термін виконання	Виконавець(посада, прізвище, ініціали)	Відмітка про виконання заходу

17. Особи, які допустили порушення законодавчих та інших нормативних актів з охорони праці

_____ (прізвище, ім'я, по батькові, професія, посада, навчальний заклад; статті, параграфи,

_____ пункти порушених ними законодавчих та інших нормативних актів)

18. Свідки нещасного випадку _____

_____ (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)

19. Висновки лікувально-профілактичного закладу

Діагноз за довідкою лікувально-профілактичного закладу	Звільнений від навчання (відвідування у навчальному закладі)	Число днів невідвідування навчального закладу

Акт складено _____

_____ (число, місяць, рік)

Голова комісії _____

_____ (посада)

_____ (Підпис, ініціали, прізвище)

Члени комісії _____

_____ (посада)

_____ (Підпис, ініціали, прізвище)