

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RAPPORT D'ACCIDENT | | |
| IDENTIFICATION DU BLESSÉ | | |
| NOM : PRÉNOM: | | |
| ADRESSE : | | |
| TÉLÉPHONE: | ÂGE : | SEXE : |
| NOM DE L'ACTIVITÉ : | | |
| NIVEAU : DÉBUTANT | INTERMÉDIAIRE | AVANCÉ |
| 1. RÉCRÉATION (LIBRE) | 2. COURS | 3. ENTRAÎNEMENT |
| 4. COMPÉTITION | 5. SPECTATEUR | 6. AUTRE |
| MOMENT DE L'ACCIDENT | | |
| LIEU : | DATE : | HEURE : |
| CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT : | | |
| TÉMOINS DE L'ACCIDENT : | NOM : | NO. TÉLÉPHONE : |
| NOM : | NO. TÉLÉPHONE : |
| BLESSURE  Localisation de la blessure (Cochez le(s) numéro(s) approprié(s) et inscrivez un G (gauche) ou D (droite) s'il y a lieu | | |
| 1. PIED | 2. CHEVILLE | 3. JAMBE |
| 4. GENOU | 5. CUISSE | 6. BASSIN |
| 7. HANCHE | 8. ABDOMEN | 9. DOS |
| 10. THORAX | 11. MAIN | 12. POIGNET |
| 13. AVANT-BRAS | 14. COUDE | 15. BRAS |
| 16. ÉPAULE | 17. COU | 18. VISAGE |
| 19. TÊTE | 20. AUTRE (SPÉCIFIEZ) | |
| NATURE DE LA BLESSURE | | |
| 1. FRACTURE | 2. DISLOCATION | 3. ENTORSE |
| 4. COMMOTION | 3. CONTUSION | 6. AUTRE : |
| DESTINATION DU BLESSÉ (après application des premiers soins) | | |
| 1. À SON ACTIVITÉ | 2. AU DOMICILE | 3. À L'HÔPITAL |
| 4. À LA CLINIQUE | EST-CE QU'UN PARENT A ÉTÉ PRÉVENU ? OUI NON | |
| MODE DE TRANSPORT | | |
| 1. AMBULANCE | 2. AUTOMOBILE | 3. POLICIER |
| 4. AUTRE | | |
| IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI A COMPLÉTÉ LE RAPPORT | | |
| NOM : | PRÉNOM : | NO. TÉLÉPHONE : |
| ADRESSE : | | |
| FONCTION : | | |
| QUE POUVONS-NOUS FAIRE POUR ÉVITER QUE CET ACCIDENT SE REPRODUISE ? | | |

A retourner dans les 24 heures suivant l'accident au bureau de Granby Multi-Sports, 601 rue Léon-Harmel, Granby, Qc J2G 3G6