

|  |
| --- |
| 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