





RAPPORT D'ACCIDENT

IDENTIFICATION DU BLESSÉ	ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT
Nom _____	Patinage Plus _____
Prénom _____	Patinage synchronisé _____
Adresse _____	Habilités _____
Ville _____	Style libre _____
Code postal _____	Danse _____
 _____	Compétition _____
Âge _____	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>	

Nom du club _____ Date de l'accident _____
Nom de l'aréna _____ Heure _____

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT	NATURE DE LA BLESSURE
_____	Commotion _____ Ecchymose _____
_____	Fracture _____ Entorse _____
_____	Dentition _____ Éraflure _____
_____	Coupure : Avec points de suture _____
_____	Sans points de suture _____

PREMIERS SECOURS	RAPPORT COMPLÉTÉ PAR
Premiers soins reçus : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nom _____
Si oui par qui _____	Fonction _____
Référé : Domicile _____	Date _____ / _____ / _____
Clinique _____	An ms jr
Hôpital _____	 _____

FAIRE PARVENIR À:
1 ^e copie: Fédération de patinage artistique du Québec
2 ^e copie : Association régionale
3 ^e copie : Responsable local