

IDENTIFICATION DU BLESSÉ :

Nom : _____ Prénom : _____
 Patineur Entraîneur Officiel Administrateur Âge : _____ Sexe : F M
 Adresse : _____ Ville : _____ QC Code postal : _____
 Téléphone : _____ Courriel : _____
 No de Patinage Canada : _____ Club d'appartenance : _____

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT :

Patinage Plus; Compétition;
 Style libre; Patinage synchronisé;
 Habiletés; Sport études;
 Danses; Autres _____

NATURE DE LA BLESSURE :

Commotion; Ecchymose;
 Frature; Entorse;
 Dentition; Éraflure;
 Coupure; Autres _____
 Points de suture : Oui Non

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT :

Date de l'accident : _____ Heure : _____ Lieu : _____

(veuillez donner une description claire et détaillée de l'accident en précisant les faits)

PREMIERS SOINS :

Reçu: Oui Non Si oui par qui? Nom : _____ Prénom : _____
 Référé : Domicile Clinique Hôpital

RAPPORT COMPLÉTÉ PAR :

Nom : _____ Prénom : _____
 Fonction : _____ Date complété: _____

Faire parvenir à : 1 copie : Patinage Québec, 1 copie : Association régional, 1 copie : Responsable local.