

**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.