



RAPPORT D'ACCIDENT

Identification du blessé : Joueur.se Officiel.le Entraîneur.e Autre

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____

Nom du tuteur/tutrice légal.e, si mineur.e : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Ligue : _____ Équipe : _____

Détails de l'accident :

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

Description de l'accident :

Situation de jeu Compétition Partie hors-concours Entraînement
Division Senior U23 U19/U20 U17 U15 U13 U11 U9 U7
Classe AAA AA A B C Circuit Ligue adulte

Localisation de la blessure :

1. Pied 2. Jambe 3. Cuisse 4. Abdomen 5. Thorax 6. Bras 7. Avant-bras 8. Main 9. Visage 10. Cheville 11. Genou 12. Hanche 13. Dos 14. Épaule 15. Coude 16. Poignet 17. Cou 18. Tête 19. Bassin 20. Dent

Nature de la blessure : Commotion Contusion Coupure Dislocation Entorse Éraflure Fracture Autres

Type de blessure : Nouveau traumatisme Récidive Aggravation de blessure

Autre – spécifiez : _____

Premiers secours Oui Non Référé : Domicile Clinique Hôpital

Si oui, par qui : _____ Fonction : _____

Personne qui a complété le rapport :

Nom : _____ Fonction : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____ Date : _____

SVP – Veuillez retourner ce formulaire dûment complété au plus tard 30 jours suivant l'accident à smanfred@softballquebec.com Pour Information : (514) 252-3061

