

**- RAPPORT D'ACCIDENT -**  
**ENVOYER ORIGINAL AU RSEQ OUTAOUAIS**

SITE : \_\_\_\_\_ SPORT : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ HEURE : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : (    ) \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT**

LIEU DE L'ACCIDENT : \_\_\_\_\_

GENRE DE BLESSURE : \_\_\_\_\_

DÉTAILS DE L'ACCIDENT : \_\_\_\_\_

CAUSE DE L'ACCIDENT : \_\_\_\_\_

## SOINS APPORTÉS

SOINS APPORTÉS SUR PLACE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOINS APPORTÉS PAR : \_\_\_\_\_ FONCTION : \_\_\_\_\_

ACHEMINÉ PAR AMBULANCE : OUI  NON  HÔPITAL : \_\_\_\_\_

ACHEMINÉ À LA CLINIQUE MÉDICALE : OUI  NON  CLINIQUE : \_\_\_\_\_

ACHEMINÉ AU DOMICILE FAMILIAL : OUI  NON

ACCOMPAGNATEUR : \_\_\_\_\_

RECOMMANDATION DE SE RENDRE : À L'HÔPITAL   
À LA CLINIQUE MÉDICALE   
REFUSÉ PAR LA VICTIME

DÉTAILS : \_\_\_\_\_

## URGENCE SANTÉ

CONTACTÉ À : HEURE : \_\_\_\_\_ MINUTES \_\_\_\_\_

ARRIVÉ À : HEURE : \_\_\_\_\_ MINUTES \_\_\_\_\_

CONTACTÉ PAR : \_\_\_\_\_

RAPPORT COMPLÉTÉ PAR : \_\_\_\_\_

FONCTION : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L'ENTRAINEUR: \_\_\_\_\_