

**- 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: _____