

RAPPORT D'ACCIDENT

Identification du blessé

Région :	Ligue :	Équipe :
Nom :	Âge :	
Prénom :	Sexe :	Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/>
Adresse :	Nom du parent (si mineur) :	
Ville :	Téléphone (rés.) :	
Code postal :	Téléphone (bur.) :	

Activité

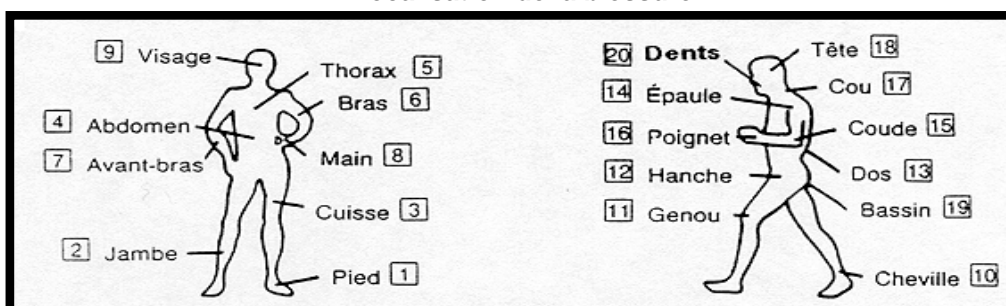
Situation de jeu	Division						Classe	
Entraînement <input type="radio"/>	Blastball <input type="radio"/>	T-Ball <input type="radio"/>	Benjamin <input type="radio"/>	Junior <input type="radio"/>	AAA <input type="radio"/>	A <input type="radio"/>		
Partie hors concours <input type="radio"/>	Atome <input type="radio"/>	Cadet <input type="radio"/>	Senior <input type="radio"/>	AA <input type="radio"/>	B <input type="radio"/>			
Compétition <input type="radio"/>	Moustique <input type="radio"/>	Midget <input type="radio"/>	BB <input type="radio"/>					

Description de l'accident

Date (jj/mm/aa) :	Heure :	Lieu de l'accident :
Témoins :		
Description de l'accident :		

Description de la blessure

Localisation de la blessure



Nature de la blessure		Type de blessure
Commotion <input type="radio"/>	Entorse <input type="checkbox"/>	Nouveau traumatisme <input type="checkbox"/>
Contusion <input type="radio"/>	Éraflure <input type="checkbox"/>	Récidive <input type="checkbox"/>
Coupure <input type="radio"/>	Fracture <input type="checkbox"/>	Aggravation de blessure <input type="checkbox"/>
Dislocation <input type="radio"/>	Autre <input type="checkbox"/>	Commentaires :
Autre (spécifiez) :		

Premiers secours

Premiers soins reçus : Oui <input type="radio"/> Non <input type="checkbox"/>	Référé : Domicile <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/>	Si oui, par qui : _____ Fonction : _____
---	---	---

Personne qui a complété le rapport

Nom :	Fonction :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (bur.) :
Signature :	Date :

RETOURNEZ DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'ACCIDENT À :



Softball Québec
4545, avenue Pierre-De Coubertin, C.P. 1000, Succ. M
Montréal (Québec) H1V 3R2
Tél. : (514) 252-3061 Fax : (514) 252-3134