

RAPPORT D'ACCIDENT 2024

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

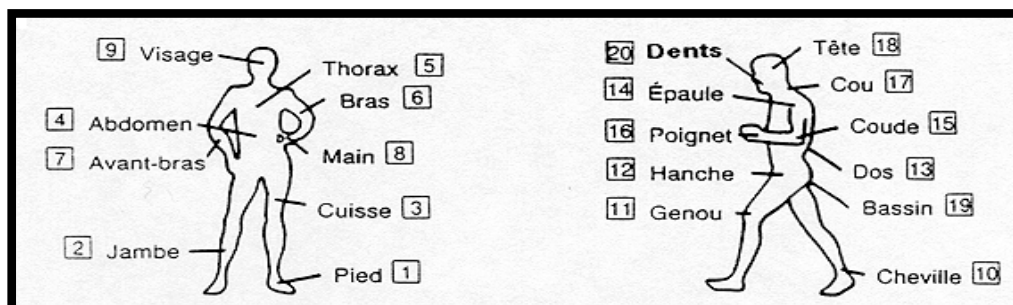
Situation de jeu		Division						Classe			
Entraînement	<input type="radio"/>	U7	<input type="radio"/>	U13	<input type="radio"/>	U19	<input type="radio"/>	AAA	<input type="radio"/>	A	<input type="radio"/>
Partie hors concours	<input type="radio"/>	U9	<input type="radio"/>	U15	<input type="radio"/>	U23	<input type="radio"/>	AA	<input type="radio"/>	B	<input type="radio"/>
Compétition	<input type="radio"/>	U11	<input type="radio"/>	U17	<input type="radio"/>	Senior	<input type="radio"/>			Autres	<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="checkbox"/>	Entorse <input type="checkbox"/>	Nouveau traumatisme <input type="checkbox"/>
Contusion <input type="checkbox"/>	Éraflure <input type="checkbox"/>	Récidive <input type="checkbox"/>
Coupure <input type="checkbox"/>	Fracture <input type="checkbox"/>	Aggravation de blessure <input type="checkbox"/>
Dislocation <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	Commentaires :
Autre (spécifiez) :		

Premiers secours

Premiers soins reçus : Oui <input type="checkbox"/> 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
7665, boulevard Lacordaire
Montréal (Québec) H1S 2A7
Courriel: smanfred@softballquebec.com