

Rapport d'accident/ Canoë-Kayak Québec

Rapport préliminaire d'accident		
Date :	Heure :	Club :

Renseignements sur l'accidenté (e)		
Nom :	Prénom :	
Âge :	Sexe :	Téléphone :
Adresse :	Nom d'un parent :	

Nature et localisation de la blessure			
<input type="checkbox"/> Douleurs	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Bras
<input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose	<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Coupure	<input type="checkbox"/> Bouche	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Nez
<input type="checkbox"/> Entorse	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Corps	
<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Autre _____	

Occupation de l'accidenté(e) au moment de l'accident		
<input type="checkbox"/> En kayak	<input type="checkbox"/> En canoë	<input type="checkbox"/> Compétition
<input type="checkbox"/> Jeux libres	<input type="checkbox"/> Sports sur terre	<input type="checkbox"/> Autres : _____

Lieu de l'accident		
<input type="checkbox"/> Lac	<input type="checkbox"/> Quai	<input type="checkbox"/> Escalier,corridor,vestiaire,toilette
<input type="checkbox"/> Rivière	<input type="checkbox"/> Sur le terrain	<input type="checkbox"/> Ailleurs (hors du terrain du club)

Description sommaire de l'accident

Dommages matériels

Témoins	
Nom et téléphone :	Nom et téléphone :

Soins prodigués			
<input type="checkbox"/> Au club	<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> Parents avisés	<input type="checkbox"/> Police avisé

Surveillant en devoir :	Formulaire rempli par :
Signature de la direction :	Date :