

RAPPORT D'ACCIDENT 2020

Identification du blessé : Joueur Officiel Entraîneur Autre

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ Masculin Féminin

Région : _____ Équipe : _____

Nom du parent, si mineur : _____

Téléphone (rés.) : _____ Téléphone (bur.) : _____

Description de l'accident :

Date : _____ Heure : _____ Lieu de l'accident : _____ Témoins : _____

Description de l'accident : _____

Activité

Situation de jeu → Entraînement Partie hors-concours Compétition

Division → Rallye Cap Atome Moustique Pee-Wee Bantam Midget Junior Senior

Classe → Élite AAA AA BB A B Grand Chelem

Description de la blessure :

Localisation de la blessure : 1. Pied 2. Jambe 3. Cuisse 4. Abdomen 5. Thorax 6. Bras 7. Avant-bras
8. Main 9. Visage 10. Cheville 11. Genou 12. Hanche 13. Dos 14. Épaule 15. Coude 16. Poignet
17. Cou 18. Tête 19. Bassin 20. Dent

Nature de la blessure : Commotion Contusion Coupure Dislocation Entorse Éraflure Fracture Autres

Type de blessure : Nouveau traumatisme Récidive Aggravation de blessure

Autre - spécifiez : _____ Commentaires : _____

Premiers secours Oui Non Référé : Domicile Clinique Hôpital

Si oui, par qui : _____ Fonction : _____

Personne qui a complété le rapport :

Nom : _____ Fonction : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (bureau) : _____

Signature : _____ Date : _____

**SVP - Veuillez retourner ce formulaire dûment complété au plus tard 30 jours suivant l'accident à
BASEBALL QUÉBEC**

4545, av. Pierre-De Coubertin, Montréal (Québec) H1V 0B2 ou info@baseballquebec.qc.ca

Pour Information : (514) 252-3075 poste 3729 Sans frais : 1 800 361-2054