



## RAPPORT D' ACCIDENT

Merci de faire parvenir le rapport à la FQU dans les trente jours suivant l' accident

Identification du blessé	
Nom :	ARA d' attache :
Adresse complète :	
Ville :	Code postal :
Numéro de téléphone : ( )	Cellulaire : ( )
Date de naissance :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

Description de l' accident	
Lieu de l' accident (adresse complète) :	
Ville :	Code postal :
Contexte : Tournoi sanctionné <input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/> Partie de ligue <input type="checkbox"/> Autre contexte <input type="checkbox"/> Précisez : _____	
Activité organisée par une ARA : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ARA associée :
Description de l' accident (personnes impliquées, terrains, contexte, moment ou tout autre élément jugé pertinent)	

Description de la blessure		
<b>Localisation (encerclez):</b>	Poignet	Cou
Pied	Bassin	Cheville
Jambe	Thorax	Genou
Cuisse	Bras	Hanche
Dos	Coude	Tête
Abdomen	Avant-bras	Épaule
Main	Visage	Autre (spécifiez) : _____
La blessure est un (e):	Nouveau traumatisme <input type="checkbox"/>	Récidive <input type="checkbox"/>
	Aggravation d' une condition préexistante <input type="checkbox"/>	
Premiers soins reçus : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		



## RAPPORT D' ACCIDENT

Rapport rempli par	
Nom :	Témoïn :
Signature :	Signature :
Numéro de téléphone : (    )	Numéro de téléphone : (    )
Date :	Date :

Veillez retourner le formulaire rempli à cette adresse :  
4545, avenue Pierre-de-Coubertin  
Case postale 1000, Succursale M  
Montréal (Québec) H1V 3R2  
Courriel : [dg@fqu.ca](mailto:dg@fqu.ca)