

Rapport d'incident

Date:

Heure:

Nom de l'entraîneur:

Nom de l'entraîneur responsable:



Identification de la personne:

Nom:

Prénom:

Catégorie:

Date de naissance:

F

M

Adresse:

Téléphone à domicile:

Téléphone mobile:

Endroit de l'incident:

Description de l'incident:

Témoign de l'incident (utiliser l'endo si plusieurs):

Nom

Adresse:

Téléphone domicile et autres:

Description de la blessure et/ou des parties du corps touchées:

Administration des premiers soins: OUI - NON Par Qui?

Transport à la clinique: OUI - NON Par Qui?

Hôpital/clinique:

Medecin traitant:

Complété par:

Signature _____

Reponsable:

Signature _____
