RAPPORT D'INCIDENT ET DE BLESSURE

L'information recueillie dans ce formulaire est utilisée et divulguée par l'Association canadienne du sport collégial l'ACSC, conformément aux termes du Formulaire de consentement de l'étudiant(e) athlète et de l'entraîneur(e) de l'ACSC et de la Politique de l'ACSC concernant la protection des renseignements personnels. Pour plus d'information concernant la cueillette, l'usage et la divulgation des renseignements personnels par l'ACSC, consultez notre Politique concernant la protection des renseignements personnels à www.ccaa.ca

DATE/HEURE DE L'INCIDENT/DE LA BLESSURE: _____

NOM: _____ individu employé/étudiant/invité (encerclez un)

Adresse personnelle: _____

_____

Téléphone #: _____ Département: _____ Étudiant #: _____

TÉMOIN: Nom/Adresses/No de téléphone: (Indiquer s'il n'y a pas de témoins)

_____

_____

SITE DE L'ACCIDENT: Décrivez l'endroit exact de l'accident y compris l'état physique des lieux:

_____

_____

INFORMATION RELATIVE À L'INCIDENT

Type(s) de blessure	Endroit blessé	Cause de la blessure	Facteurs contributifs	Traitement reçu
☐ éraflure ☐ ecchymose ☐ brûlure ☐ dislocation ☐ corps étranger dans l'oeil ☐ fracture ☐ formation ☐ lacération ou piqûre ☐ choc ou asphyxie ☐ foulure ou entorse	☐ cheville ☐ bras ☐ dos ou col. vertébrale ☐ poitrine ☐ yeux ☐ pieds ou orteils infection ☐ transporté par: ☐ tête ☐ genoux ☐ jambes ☐ bouche/dents ☐ nez ☐ tronc – autre	☐ contact avec une autre personne ☐ contact avec courant électrique ☐ chute ou glissade ☐ feu ou explosion ☐ mains ou doigts ☐ effort trop grand ☐ frapper un objet ☐ frappé par un objet ☐ véhicule ou transport ☐ autre (spécifier): _____ _____ _____	☐ contact accidentel ☐ équipement défectueux ☐ glace ou eau ☐ infraction de pratique sécuritaire ☐ soin/attention insuffisant(e) ☐ substance nocive insuffisant(e) ☐ infraction aux règles de sécurité ☐ autre (spécifier): _____ _____	☐ médecin (nom): _____ ☐ premiers soins (site) ☐ services de santé ☐ hôpital (nom): _____ ☐ entraînement ou _____ ☐ aucun ☐ autre

TIERCE PARTIE IMPLIQUÉE: Une tierce partie a-t-elle contribué à cet événement oui ☐ non ☐

Nom de la tierce partie: _____

AUTRE INFORMATION (Décrivez l'incident et la blessure en détail en incluant l'information relatives aux côtés gauche/droit, la perte de conscience, le saignement, etc. Joignez un rapport séparé, si nécessaire):

_____

NOM ET DÉPARTEMENT DE LA PERSONNE QUI COMPLÈTE LE RAPPORT:

_____

Signature de la personne blessée (après avoir lu l'information qui précède):

_____

Date et heure où le rapport est complété:

Autres rapports joints? oui non