



RAPPORT D'ACCIDENT

À envoyer au courriel: directeur-general@soccerboreal.org
au plus tard 48h après l'accident

À remplir dans les situations suivantes:

* Lorsque le joueur n'est pas en mesure de reprendre le jeu.

* Lorsque le protocole de commotion cérébrale est enclenché.

* Lorsqu'une blessure mineure est remarquée lors du match mais s'aggrave dans les 48 hrs suivant l'incident (remarquée par le parent).

DATE de l'évènement: _____

HEURE: _____

LIEU de l'évènement: _____

INFORMATIONS DU JOUEUR/JOUEUSE (et/ou du parent si 14 ans et moins)

PRÉNOM/NOM: _____

ÉQUIPE/CATÉGORIE: _____

NOM DU PARENT: _____

TÉLÉPHONE PARENT: _____

(si moins de 14 ans)

Parent avisé: OUI

NON

DÉTAILS DE L'ACCIDENT (description de la situation, blessures, lésions, symptômes)

ASSISTANCE/SECOURS/INTERVENTIONS effectués (avec le plus de détails possible)

Protocole de gestion **COMMOTION CÉRÉBRALE** enclenché?

OUI

NON

Remise fiche suivi aux parents

Si **OUI - AVISER** les parents dès que possible de la situation et leur demander d'effectuer le suivi de gestion pendant 48 hrs.

RETOUR AU JEU suite à l'incident?

OUI

NON

DÉTAILS: _____

INFORMATIONS DU MEMBRE RESPONSABLE INTERVENU

PRÉNOM/NOM: _____

RÔLE DANS L'ÉQUIPE: _____

TÉLÉPHONE: _____

COURRIEL: _____

SUIVI À FAIRE PAR LE CLUB

Date _____

Nom parent contacté _____

Par téléphone Par courriel

Parent présent lors de l'accident

SUITE À DONNER

SIGNATURE du responsable

DATE (jj-mm-aaaa)