



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 remarqué lors du match mais s'aggrave dans les 48 hrs suivant l'incident (remarquée par le parent).

DATE de l'évènement: _____

LIEU de l'évènement: _____

INFORMATIONS DU MEMBRE RESPONSABLE

PRÉNOM/NOM: _____

RÔLE DANS L'ÉQUIPE: _____

TÉLÉPHONE: _____

COURRIEL: _____

INFORMATIONS DU JOUEUR/JOUEUSE

PRÉNOM/NOM: _____

ÉQUIPE/CATÉGORIE: _____

DÉTAILS DE L'ACCIDENT (avec le plus de détails possible)

ASSISTANCE/SECOURS effectué (avec le plus de détails possible)

Protocole de gestion **COMMOTION CÉRÉBRALE** enclenché?

oui

non

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

SUIVI FAIT AUPRÈS DES PARENTS

Date _____

Nom parent contacté _____

Par téléphone

Par courriel

SUITE À DONNER