

# RAPPORT D'ACCIDENT 2020

**Identification du blessé :** Joueur  Officiel  Entraîneur  Autre

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Masculin  Féminin

Région : \_\_\_\_\_ Équipe : \_\_\_\_\_

Nom du parent, si mineur : \_\_\_\_\_

Téléphone (rés.) : \_\_\_\_\_ Téléphone (bur.) : \_\_\_\_\_

## Description de l'accident :

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_ Témoins : \_\_\_\_\_

Description de l'accident : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Activité

**Situation de jeu** → Entraînement  Partie hors-concours  Compétition

**Division** → Rallye Cap  Atome  Moustique  Pee-Wee  Bantam  Midget  Junior  Senior

**Classe** → Élite  AAA  AA  BB  A  B  Grand Chelem

## Description de la blessure :

Localisation de la blessure : 1. Pied  2. Jambe  3. Cuisse  4. Abdomen  5. Thorax  6. Bras  7. Avant-bras   
8. Main  9. Visage  10. Cheville  11. Genou  12. Hanche  13. Dos  14. Épaule  15. Coude  16. Poignet   
17. Cou  18. Tête  19. Bassin  20. Dent

**Nature de la blessure :** Commotion  Contusion  Coupure  Dislocation  Entorse  Éraflure  Fracture  Autres

**Type de blessure :** Nouveau traumatisme  Récidive  Aggravation de blessure

**Autre - spécifiez :** \_\_\_\_\_ Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Premiers secours** Oui  Non  Référé : Domicile  Clinique  Hôpital

Si oui, par qui : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

## Personne qui a complété le rapport :

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**SVP - Veuillez retourner ce formulaire dûment complété au plus tard 30 jours suivant l'accident à**

**BASEBALL QUÉBEC**

4545, av. Pierre-De Coubertin, Montréal (Québec) H1V 0B2 ou [info@baseballquebec.qc.ca](mailto:info@baseballquebec.qc.ca)

Pour Information : (514) 252-3075 poste 3729 Sans frais : 1 800 361-2054