



**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR LE RAPPORT À LA FGQ
DANS LES 24 HEURES SUIVANT L'ACCIDENT**

4545, Pierre-de-Coubertin, C.P. 1000, Succ. M
Montréal, Québec H1V 3R2
Tél: 514-252-3043 Fax: 514-252-3169

IDENTIFICATION DU BLESSÉ

Nom	Date de naissance
Adresse complète	No affiliation
No téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom du club	
Statut: Récréatif <input type="checkbox"/> Compétitif <input type="checkbox"/> Entraîneur <input type="checkbox"/>	
Discipline: GAF <input type="checkbox"/> GAM <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> TR-TU <input type="checkbox"/> CHEERLEADING <input type="checkbox"/>	

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

Lieu	
Date	
Heure	
Sur quel engin ?	Situation
Sol <input type="checkbox"/> Trampoline <input type="checkbox"/> Barre fixe <input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/>	
Saut <input type="checkbox"/> Tumbling <input type="checkbox"/> Barres asymétriques <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/>	
Poutre <input type="checkbox"/> Double-mini <input type="checkbox"/> Barre parallèles <input type="checkbox"/> Spectacle <input type="checkbox"/>	
Description de l'accident	
Nom de l'entraîneur	

DESCRIPTION DE LA BLESSURE

Dos <input type="checkbox"/>	Pied <input type="checkbox"/>	Épaule <input type="checkbox"/>	Genou <input type="checkbox"/>	Visage <input type="checkbox"/>
Coude <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>	Jambe <input type="checkbox"/>	Poignet <input type="checkbox"/>	Hanche <input type="checkbox"/>
Cou <input type="checkbox"/>	Avant-bras <input type="checkbox"/>	Thorax <input type="checkbox"/>	Cuisse <input type="checkbox"/>	Bassin <input type="checkbox"/>
Tête <input type="checkbox"/>	Cheville <input type="checkbox"/>	Main <input type="checkbox"/>	Bras <input type="checkbox"/>	
Dislocation <input type="checkbox"/>	Commotion <input type="checkbox"/>	Entorse <input type="checkbox"/>	Contusion <input type="checkbox"/>	Fracture <input type="checkbox"/>
Nouveau traumatisme <input type="checkbox"/>	Récidive <input type="checkbox"/>	Premiers soins reçus <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Par: _____				
Autre (spécifiez)				

RAPPORT COMPLÉTÉ PAR

Nom
Fonction

TÉMOIN

Nom

Signature

Signature