



# RAPPORT D'ACCIDENT

Merci de faire parvenir le rapport à la FQU dans les **quinze jours** suivant l'accident

Identification du ou de la blessé·e		
Nom :		
Adresse complète :		
Nom de votre association membre :		
Numéro de téléphone : ( )		Date de naissance :
Courriel (obligatoire) :		
Description de l'accident		
Lieu et date de l'accident (adresse complète) :		
Contexte : Tournoi FQU <input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/> Partie de ligue <input type="checkbox"/> Autre contexte <input type="checkbox"/> Précisez : _____		
Description de l'accident (personnes impliquées, terrains, contexte, moment ou tout autre élément jugé pertinent) – Utilisez l'endos au besoin		
Description de la blessure		
<b>Localisation (encerclez):</b>	Poignet	Cou
Pied	Bassin	Cheville
Jambe	Thorax	Genou
Cuisse	Bras	Hanche
Dos	Coude	Tête
Abdomen	Avant-bras	Épaule
Main	Visage	Autre (spécifiez) : _____
La blessure est un(e):	Nouveau traumatisme <input type="checkbox"/>	
	Récidive <input type="checkbox"/>	
	Aggravation d'une condition préexistante <input type="checkbox"/>	
Premiers soins reçus : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Rapport rempli par	
Nom :	Témoin :
Signature :	Signature :
Numéro de téléphone : ( )	Numéro de téléphone : ( )
Date :	Date :

Veillez retourner le formulaire rempli à cette adresse :  
Courriel : [assurances@fqu.ca](mailto:assurances@fqu.ca)