



Fédération québécoise de pickleball (FQP)

Rapport d'accident

Informations sur la personne blessée	
Nom:	Prénom:
Adresse:	Ville:
Code postal:	Téléphone:
Courriel:	

Informations sur l'accident	
Lieu de l'accident:	
Date de l'accident (aaaa-mm-jj):	
Heure (hh:mm)	
de l'accident:	de la première intervention: de l'arrivée de l'aide médicale:
___ : ___	___ : ___ ___ : ___
Description de l'accident par l'intervenant: (ce qui s'est passé, où est-ce arrivé et signes/symptômes observés)	
Description de l'accident par la personne blessée (si possible)	
Conditions particulières dans lesquelles l'accident a eu lieu (surface, éclairage, température, etc.)	
Mesures prises/interventions	

Après l'intervention

1- La personne blessée a décidé

a) de retourner au jeu ____

b) de retourner à la maison i) seule _____ ii) accompagnée _____

c) d'aller à l'hôpital/clinique i) seule _____ ii) accompagnée _____

2- La personne n'était pas en état de prendre une décision donc _____

Informations sur l'intervenant

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville:

Code postal:

Téléphone:

Courriel:

Rôle de l'intervenant (e.g. instructeur, adjoint, entraîneur, officiel, passant, thérapeute):

Informations sur le témoin

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville:

Code postal:

Téléphone:

Courriel:

Commentaires ou remarques:

Formulaire rempli par:

Nom:

Prénom:

Signature:

Date (aaaa-mm-jj):