

RAPPORT D'INCIDENT / ACCIDENT

Compétition		Date	
--------------------	--	-------------	--

VICTIME

Nom de la victime		Compétiteur	OUI / NON
Adresse			
Téléphone		Courriel	
Division/club		# dossard	
Catégorie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> distance <input type="checkbox"/> technique libre <input type="checkbox"/> technique classique	Autres infos	

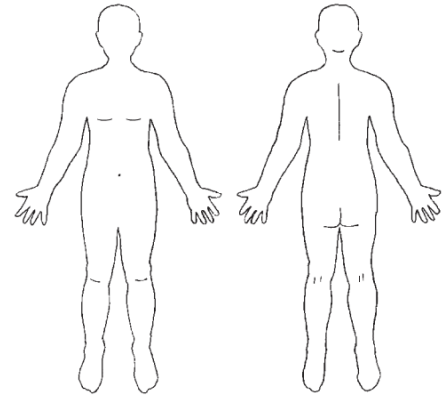
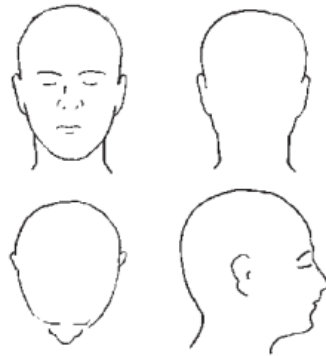
CLUB HÔTE

Club hôte		Responsable	
Adresse			

INCIDENT ET LE TRAITEMENT

Date de l'accident		Heure	
Nature de la blessure		Cause de la blessure	
Traitement			
Hôpital			

RAPPORT D'INCIDENT / ACCIDENT



SOIGNANTS ET TÉMOINS

Nom du médecin/secouriste		Téléphone	
Adresse			
Rapport du médecin/secouriste			

Directeur d'épreuve/chef de parcours		Téléphone	
Adresse			
Rapport du directeur d'épreuve/chef de parcours			

RAPPORT D'INCIDENT / ACCIDENT

Directeur Technique		Téléphone	
Adresse			
Rapport du DT			

Témoin		Téléphone	
Adresse			
Rapport du témoin			

En cas de blessure grave, prévenir immédiatement l'organisme de régie et faire parvenir ce rapport au bureau de l'organisme dans les 48 heures. Remettre une copie au DT, à l'AT, au médecin et au directeur d'épreuve.