



# RAPPORT D'ACCIDENT

À envoyer au courriel: [directeur-general@soccerboreal.org](mailto:directeur-general@soccerboreal.org)

**au plus tard 48h après l'accident**

## À remplir dans les situations suivantes:

\* Lorsque le joueur n'est pas en mesure de reprendre le jeu.

\* Lorsque le protocole de commotion cérébrale est enclenché.

\* Lorsqu'une blessure mineure est remarqué lors du match mais s'aggrave dans les 48 hrs suivant l'incident (remarquée par le parent).

DATE de l'évènement: \_\_\_\_\_

LIEU de l'évènement: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS DU MEMBRE RESPONSABLE

PRÉNOM/NOM: \_\_\_\_\_

RÔLE DANS L'ÉQUIPE: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

COURRIEL: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS DU JOUEUR/JOUEUSE

PRÉNOM/NOM: \_\_\_\_\_

ÉQUIPE/CATÉGORIE: \_\_\_\_\_

## DÉTAILS DE L'ACCIDENT (avec le plus de détails possible)

## ASSISTANCE/SECOURS effectué (avec le plus de détails possible)

Protocole de gestion **COMMOTION CÉRÉBRALE** enclenché?

oui

non

*Si **OUI** - AVISER les parents dès que possible de la situation et leur demander d'effectuer le suivi de gestion pendant 48 hrs.*

## SUIVI FAIT AUPRÈS DES PARENTS

Date \_\_\_\_\_

Nom parent contacté \_\_\_\_\_

Par téléphone

Par courriel

## SUITE À DONNER