

RAPPORT D'ACCIDENT

Nom, Prénom :					Âge :
Adresse de résidence					
Téléphone :	No. Licence	Moment de l'accident	Date :	Heure :	

Discipline :	Vélo de Montagne <input type="checkbox"/>	Route <input type="checkbox"/>	Piste <input type="checkbox"/>	BMX <input type="checkbox"/>	Cyclocross <input checked="" type="checkbox"/>
Niveau de pratique :	Initiation <input type="checkbox"/>	Compétition <input checked="" type="checkbox"/>	Excellence <input type="checkbox"/>	Récréation <input type="checkbox"/>	

Les informations au verso vous aideront à compléter le formulaire

Lieu de l'Accident	Croquis
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Description de l'accident	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Description de la blessure

Localisation

Visage

Abdomen

Avant-bras

Jambe

Thorax

Bras

Main

Cuisse

Pied

Tête

Épaule

Poignet

Hanche

Genou

Cou

Coude

Dos

Bassin

Cheville

Nature

Commotion

Contusion

Coupure

Dislocation

Entorse

Eraflure

Fracture

Inconnue

Autre(spécifiez)

Type

Nouveau traumatisme

Récidive

Aggravation d'une condition douloureuse préexistante

Commentaire _____

I M P O R T A N T

I M P O R T A N T

Témoins (s) :	Personne qui a complété le rapport	
Premiers secours	Nom :	
Premiers soins reçus : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fonction :	
Si oui, par :	Signature :	
Référé : Domicile <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/>	Date :	Tél. :
L'état de la victime a-t-elle nécessité un transport ambulancier : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

