
ADRESSE

TEL.

STATUS: COMPETITOR _____ OFFICIAL _____ SPECTATOR _____
 COMPÉTITEUR OFFICIEL SPECTATEUR

CLUB/AFFILIATION

DIVISION

PAYS CANADA

Description de la
Blessure

Description de
l'accident/événement

Conditions
météorologiques au
moment de l'accident

Raison probable de
l'accident ou de
l'événement

NATURE DU TRAITEMENT

MÉDICAMENTS DONNÉS

ADMINISTRÉ PAR DR BRASSEUR

HOSPITAL

HOPITAL

NOM DE L'HOPITAL

MÉTHODE DE TRANSPORT

Médecin traitant

Temoin

NOM

ADRESSE

TEL.

NOM

ADRESSE

TEL.

Rapport du DT

NOM

TITRE

ADRESSE

TEL.

Dommages Matériels

PROPRIÉTAIRE

ADRESSE

DESCRIPTION DES BIENS

REPLACEMENT – COUT ESTIMÉ DE LA RÉPARATION/REPLACEMENT

ASSURER

POLICY NO.

TYPE OF POLICY

A COMPLÉTER EN CAS D'ACCIDENT GRAVE

<p>PISTE COMPLETE</p> <p>INDIQUER AU ACCIDENT EU LIEU</p>	<p>INDIQUER COMMENT L'ACCIDENT EST SURVENU</p>		
	<p>INDIQUER LE POSITIONNEMENT DES PORTES</p>		
	<p>PROFILE</p>		
	<p>ABRUPT</p>	<p>MOYEN</p>	<p>PLAT</p>