

## RAPPORT D'ACCIDENT

<b>Identification du blessé</b>  Prénom : _____ Nom : _____ Adresse : _____ _____ Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Téléphone : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Âge : <input type="text"/> <input type="text"/> Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Activité</b>  Sport : _____  Calibre : 6-10 ans <input type="checkbox"/> 1    16-18 ans <input type="checkbox"/> 2 11-15 ans <input type="checkbox"/> 3    18 ans et + <input type="checkbox"/> 4  Situation : Entraînement <input type="checkbox"/> 1    Compétition <input type="checkbox"/> 2
<b>Moment de l'accident</b> Date : _____ Heure : _____	

**POUR BIEN REMPLIR LES SECTIONS SUIVANTES, LIRE LES INDICATIONS AU VERSO.**

<b>Lieu de l'accident</b>  _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<b>Identification du parent ou responsable</b>  Prénom : _____ Nom : _____ Adresse : _____ _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
--	---

**Description de l'accident**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le casque a-t-il été enlevé? : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a eu un transport en ambulance? : \_\_\_\_\_ Par qui? : \_\_\_\_\_



