



DEMANDE DE DÉROGATION - Secouriste Football Québec 2024



Cette demande doit être complétée pour les équipes désirant confier le poste de secouriste football niveau 2 à un professionnel de la santé n'ayant pas toutes les formations requises pour ce niveau. Il est à noter qu'aucune dérogation ne sera accordée pour le niveau 1, ni pour le niveau 3.

N.B. Toute demande incomplète ne sera pas évaluée.

La durée d'une dérogation est d'un (1) an. Aucun renouvellement automatique ne sera accordé.

Toute demande de dérogation s'accompagne de frais de 100 \$.

Les dates limites pour la réception des documents requis pour l'étude des demandes de dérogation sont:
dès maintenant pour la saison d'automne. Prévoir un délais de 2-3 semaines avant d'obtenir une réponse.

* Faites parvenir le tout : info@football.qc.ca

** Faites parvenir aussi le formulaire de reconnaissance de la personne qui sera votre secouriste ainsi que toutes les pièces justificatives (Diplôme, Carte OPPQ ou CATA, Premier répondant sportif ...etc.)

Section "équipe"

Nom de l'équipe : _____

Adresse 1 : _____

Adresse 2 : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Section "responsable ou délégué sportif"

Nom : _____

Adresse 1 : _____

Adresse 2 : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Section "disponibilité des services dans votre secteur"

Indiquez le nombre de cliniques (médecin, physiothérapeute, thérapeute du sport, chiropraticien) ainsi que leurs coordonnées dans le secteur avoisinant les activités de votre équipe (un minimum de 3 est requis).

Nombre de cliniques de professionnels de la santé certifiés dans votre région : _____

Clinique 1

Nom : _____ No. de pratique : _____

Adresse 1 : _____

Adresse 2 : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Raison du refus : _____



DEMANDE DE DÉROGATION - Secouriste Football Québec



Section "cliniques dans votre municipalité"

Clinique 2

Nom : _____ No. de pratique : _____
Adresse 1 : _____
Adresse 2 : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Courriel : _____
Raison du refus : _____

Clinique 3

Nom : _____ No. de pratique : _____
Adresse 1 : _____
Adresse 2 : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Courriel : _____
Raison du refus : _____

Si aucun établissement ou professionnel de la santé n'a été contacté, veuillez en mentionner la raison.

Section "adversaires les plus près"

Indiquez le nom et les coordonnées des 3 équipes les plus près de votre emplacement en termes géographiques.

Équipe 1

Nom : _____
Adresse 1 : _____
Adresse 2 : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Courriel : _____

Équipe 2

Nom : _____
Adresse 1 : _____
Adresse 2 : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Courriel : _____



DEMANDE DE DÉROGATION - Secouriste Football Québec



Section "adversaires les plus près"

Équipe 3

Nom : _____
Adresse 1 : _____
Adresse 2 : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Courriel : _____

Est-ce que les possibilités d'établir une entente ont été discutées avec eux ? OUI NON

Section "services d'urgence les plus près"

Fournir les noms et les coordonnées de 2 des hôpitaux les plus près de votre emplacement en termes géographiques.

Hôpital 1

Nom : _____
Adresse 1 : _____
Adresse 2 : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Hôpital 2

Nom : _____
Adresse 1 : _____
Adresse 2 : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Section "pour une alternative"

Fournir tous les renseignements relatifs à la personne que vous suggérez.
Indiquez aussi les formations qu'elle détient et les dates de complétion de celles-ci.

Nom : _____
Adresse 1 : _____

Formation : RCR / DEA, anaphylaxie et autres soins d'urgence Date : _____

Formation : Reconnaissance de la commotion cérébrale Date : _____

Formation : Immobilisation / restriction de mouvement Date : _____

Formation : Retrait de l'équipement de football Date : _____

Formation : _____ Date : _____

Signature du responsable : _____ Date : _____



Lettre entraîneurs dérogation



Moi, _____ (nom de l'entraîneur chef), atteste que je comprends que mon équipe demande une dérogation de la part de Football Québec pour la saison 20____ puisque mon organisation n'est pas en mesure de s'associer à un thérapeute du sport, physiothérapeute, chiropraticien ou médecin certifié pour couvrir les parties de mon équipe.

Par conséquent, je comprends que l'intervenant en place n'a pas le droit légal de faire un diagnostic ou d'avoir une impression clinique et que toute blessure nécessitant une évaluation avant un retour au jeu devra recevoir l'avis d'un professionnel de la santé certifié. Ainsi, il est possible que certains athlètes ne soient pas en mesure d'être retournés au jeu pendant une même partie pour des blessures mineures (entorses, claquages, etc.) dépassant le cadre de l'évaluation par un secouriste. Il est aussi possible que certaines blessures doivent être discutées avec le thérapeute de l'autre équipe, si celui-ci est certifié, afin de permettre un retour au jeu pendant la même partie.

Signé à _____ le _____

Reçu à la Fédération le _____ par _____

¹ En cas de changement d'entraîneur-chef entre le moment de signer ce document et la fin de la saison, la présente doit être transmise au nouvel entraîneur-chef et un nouveau document devra être signé puis transmis à la Fédération.