



FQSC

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES SPORTS CYCLISTES

4545, av. Pierre-De Coubertin, C.P. 1000, Succursale M

Montréal (Québec) H1V 3R2 Tél.: (514) 252-3071 Fax: (514) 252-3165

info@fqsc.net www.fqsc.net

RAPPORT D'ACCIDENT

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

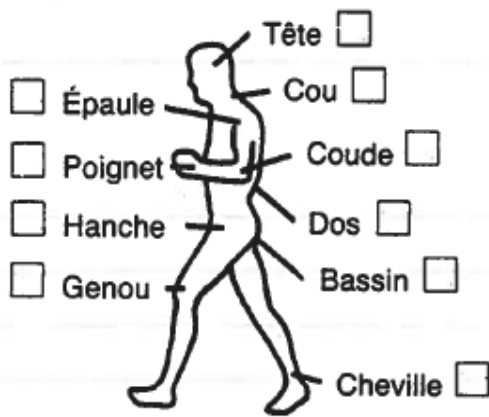
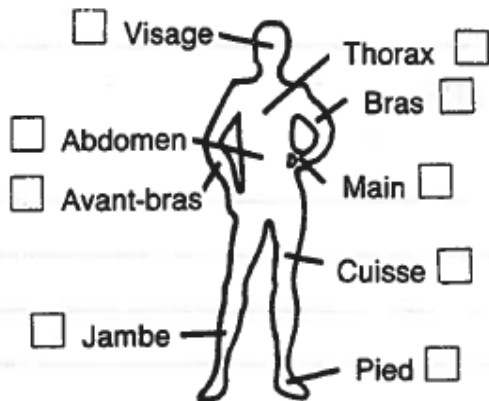
Discipline :	Vélo de Montagne <input type="checkbox"/>	Route <input type="checkbox"/>	Piste <input type="checkbox"/>	BMX <input type="checkbox"/>	Cyclocross <input type="checkbox"/>
Niveau de pratique :	Initiation <input type="checkbox"/>	Compétition <input type="checkbox"/>	Excellence <input type="checkbox"/>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



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
TI
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"/>		

