



## CEC Rapport d'accident

### Participant

Nom	
Date de naissance	
Numéro de téléphone	
Contact d'urgence (nom et # de téléphone)	

### Accident :

Lieu et Compétition	
Transport ou référence	<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Transport personnel vers hôpital <input type="checkbox"/> Référence médicale
Si transport à l'hôpital, nom de l'hôpital	

### Détails de l'accident :

Circonstance de l'accident	
Situation de la blessure sur le corps et observations primaires	



Description de l'accident	
Intervention, procédures d'urgence réalisées, personnes contactées	
Autres détails pertinents	

**Contact :**

Nom de l'intervenant(e)	
Signature	
Date	

