KICKBOXING QUÉBEC

RAPPORT D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

RAPPORT D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

À transmettre à l'organisation dans les 15 jours suivant l'accident

Ce formulaire doit être rempli par l'entraîneur lorsqu'un accident ayant causé une blessure survient pendant une séance d'entraînement ou une autre activité de pratique ou lors d'un événement sanctionné par la fédération. En situation urgente, les soins et l'appel aux services d'urgence ont priorité sur la rédaction du rapport.

1. IDENTIFICATION DU RAPPORT

Numéro du rapport	_____
Date de rédaction	_____ / _____ / _____
Organisation / club	_____
Nom de l'entraîneur	_____
Téléphone / courriel	_____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT BLESSÉ

Nom et prénom	_____
Date de naissance / âge	_____
Adresse	_____
Téléphone	_____
Parent ou tuteur (si mineur)	_____
Coordonnées du parent/tuteur	_____
Personne à joindre en urgence	_____

KICKBOXING QUÉBEC

RAPPORT D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTIVITÉ ET L'ÉVÉNEMENT

Date de l'accident	_____ / _____ / _____
Heure	_____ h _____
Lieu exact	_____
Type d'activité	☐ Entraînement ☐ Échauffement ☐ Autre : _____
Discipline	☐ Kickboxing ☐ Muay thaï ☐ K-1 ☐ Autre : _____
Supervision	Nom de l'entraîneur/officiel présent : _____
Équipement porté	☐ Casque ☐ Protège-dents ☐ Gants ☐ Protège-tibias ☐ Coquille ☐ Autre

4. DESCRIPTION FACTUELLE DE L'ACCIDENT

Décrire les circonstances, la séquence des faits, l'exercice en cours et le mécanisme apparent de l'accident :

_____

_____

Indiquer l'endroit précis, les conditions des lieux et les équipements impliqués :

_____

_____

5. BLESSURE OBSERVÉE OU SIGNALÉE

Région touchée	_____
Nature apparente	☐ Douleur ☐ Enflure ☐ Étourdissement ☐ Coupure ☐ Autre : _____

KICKBOXING QUÉBEC

RAPPORT D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Signes ou symptômes	_____
Perte de conscience	☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnue Durée approximative : _____
Participation interrompue	☐ Oui ☐ Non Heure de l'arrêt : _____

Important : inscrire uniquement les faits observés ou rapportés. Ne pas poser de diagnostic médical.

6. SOINS ET MESURES IMMÉDIATES

Intervention effectuée	☐ Premiers soins ☐ Glace ☐ Repos ☐ Immobilisation ☐ Autre : _____
Intervenant	Nom et fonction : _____
Services d'urgence	☐ Non ☐ 911 appelé à _____ h _____ ☐ Ambulance arrivée à _____ h _____
Orientation	☐ Retour à domicile ☐ Clinique ☐ Hôpital ☐ Autre : _____
Accompagnateur	Nom : _____ Lien : _____
Parent/tuteur avisé	☐ Sans objet ☐ Oui à _____ h _____ ☐ Non — motif : _____
Consigne de reprise	☐ Aucune reprise autorisée le jour même ☐ Évaluation médicale recommandée

7. TÉMOINS

Nom et prénom	Coordonnées	Rôle / signature

KICKBOXING QUÉBEC

RAPPORT D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

8. ÉTAT DES LIEUX, ÉQUIPEMENTS ET MESURES CORRECTIVES

Équipement conservé	☐ Sans objet ☐ Oui, identifié et mis de côté ☐ Non
Photos / documents joints	☐ Non ☐ Oui — préciser : _____
Activité ou zone suspendue	☐ Non ☐ Oui — jusqu'à : _____

Anomalie, facteur contributif ou risque constaté (installation, équipement, supervision, autre) :

_____

_____

Mesures correctives prises immédiatement ou recommandées, responsable et échéance :

_____

_____

9. SUIVI

Suivi auprès du participant	Date : _____ Résumé : _____
Avis médical reçu	☐ Non ☐ Oui ☐ Non disponible Restrictions : _____
Retour à la pratique	☐ Non déterminé ☐ Autorisé le : _____ ☐ Avec restrictions
Autres organismes avisés	☐ Aucun ☐ Assureur ☐ Fédération ☐ Propriétaire ☐ Autre : _____

10. DÉCLARATION ET SIGNATURES

Je déclare que les renseignements consignés dans ce rapport sont exacts au meilleur de ma connaissance et reflètent les faits observés ou qui m'ont été rapportés.

Entraîneur / rédacteur	Nom : _____ Signature : _____

KICKBOXING QUÉBEC

RAPPORT D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Date	_____ / _____ / _____
Reçu par l'organisation	Nom et fonction : _____
Signature et date de réception	Signature : _____ Date : _____ / _____ / _____

11. PIÈCES JOINTES ET TRANSMISSION

Pièces jointes	☐ Déclaration de témoin ☐ Photos ☐ Rapport médical fourni volontairement ☐ Autre
Mode de transmission	☐ Courriel sécurisé ☐ Remise en main propre ☐ Autre : _____
Date de transmission	_____ / _____ / _____

CONFIDENTIALITÉ — Ce rapport contient des renseignements personnels. Il doit être transmis, conservé et consulté conformément aux règles applicables de confidentialité et de protection des renseignements personnels.