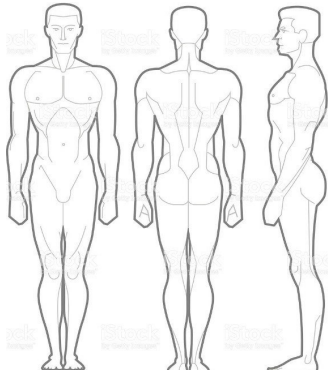


Ce formulaire de rapport doit être dûment rempli au recto et au verso et transmis dans les 15 jours de l'accident à : info@skidefondquebec.ca

Pour toute réclamation d'assurance, veuillez aussi remplir le [formulaire en ligne](#) de Nordiq Canada, disponible sur : <https://www.skidefondquebec.ca/organisation>, Rapport d'incident

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| Identification de la personne blessée | | | Date | |
| <input type="checkbox"/> Participant.e | <input type="checkbox"/> Entraîneur.e | <input type="checkbox"/> Officiel.le | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom complet de la victime | | | | |
| Date de naissance (JJ_MM_AAAA) | | | | |
| Nom du tuteur (si la victime est mineure) | | | | |
| Téléphone principal | | | | |
| Courriel principal | | | | |
| Adresse civique de résidence | | | | |
| Ville, code postal | | | | |
| Information additionnelle | | | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Description de l'activité | | (Remplir les témoignages au verso) | |
| <input type="checkbox"/> Entraînement | <input type="checkbox"/> Compétition | <input type="checkbox"/> Loisir/Plein air | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Description de l'accident : | | | |
| Nature de la blessure (Cochez tout ce qui s'applique.) <input type="checkbox"/> Commotion <input type="checkbox"/> Contusion <input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Dislocation <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Inconnue Autre : | (Encercler tout ce qui s'applique.)  | | Cause alléguée de l'accident (Cochez tout ce qui s'applique.) <input type="checkbox"/> Altercation/bataille <input type="checkbox"/> Chute d'un objet <input type="checkbox"/> Chute de la personne <input type="checkbox"/> Impact (objet, personne) <input type="checkbox"/> Incendie <input type="checkbox"/> Inconnue Autre : |



| | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| Identification – Témoin1 | | | Date | |
| <input type="checkbox"/> Participant.e | <input type="checkbox"/> Entraîneur.e | <input type="checkbox"/> Officiel.le | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom complet – Témoin1 | | | | |
| Téléphone principal | | | | |
| Courriel principal | | | | |
| Ville, code postal | | | | |
| Témoignage sommaire : | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| Identification – Témoin2 | | | Date | |
| <input type="checkbox"/> Participant.e | <input type="checkbox"/> Entraîneur.e | <input type="checkbox"/> Officiel.le | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom complet – Témoin2 | | | | |
| Téléphone principal | | | | |
| Courriel principal | | | | |
| Ville, code postal | | | | |
| Témoignage sommaire : | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| Identification – Témoin3 | | | Date | |
| <input type="checkbox"/> Participant.e | <input type="checkbox"/> Entraîneur.e | <input type="checkbox"/> Officiel.le | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom complet – Témoin3 | | | | |
| Téléphone principal | | | | |
| Courriel principal | | | | |
| Ville, code postal | | | | |
| Témoignage sommaire : | | | | |
| | | | | |

