



RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA

PAGE 1/2



Se reporter au verso pour l'adresse postale

Ce formulaire doit être rempli au complet sans quoi il sera retourné. Ce formulaire doit être rempli chaque fois qu'un joueur, un spectateur ou toute autre personne assistant à une activité de hockey sanctionnée subit une blessure.

LA DEMANDE DE RÈGLEMENT DOIT ÊTRE PRÉSENTÉE DANS LES 90 JOURS SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT. DATE DE L'ACCIDENT : ___/___/___
Jour Mois An

PARTICIPANT BLESSÉ : Joueur Officiel d'équipe Officiel du match Spectateur

Nom : _____ Date de naissance : ___/___/___ Sexe : M F
Jour Mois An

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Tél. : (____) _____

Parent/Tuteur : _____ Adresse courriel : _____

CATÉGORIE

- Initiation Novice Atome Pee-wee
- Bantam Midget Juvénile Junior

CLASSE

- AAA A BB CC DD Maison Junior mineur Récr. adulte
- AA B C D E Junior majeur Senior Autre _____

PARTIE DU CORPS BLESSÉE

Tête <input type="checkbox"/> Région des yeux <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Dents	Dos <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Haut	Tronc <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Côtes <input type="checkbox"/> Poitrine
Bras : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Clavicule	Jambe : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Main/Doigt <input type="checkbox"/> Avant-bras/Poignet
		Bassin <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Aine

NATURE DE LA BLESSURE

- Commotion Lacération Fracture
- Entorse Foulure Contusion
- Dislocation Séparation Blessure à un organe interne

SOINS SUR PLACE

- Soins sur place seulement A refusé les soins

Envoyé à l'hôpital en : Ambulance Automobile

CIRCONSTANCES ENTOURANT LA BLESSURE

Nom de l'aréna/endroit : _____

- Hors-concours/Saison régulière
- Éliminatoires/Tournoi
- Entraînement
- Essai
- Autre
- Échauffement
- 1^{re} période
- 2^e période
- 3^e période
- Prolongation : _____
- Entraînement hors glace
- Apparition graduelle
- Autre sport
- Autre : _____

RAISON DE LA BLESSURE

- Frappé par une rondelle
- Collision contre la bande
- Blessure sans contact
- Frappé par un bâton
- Collision au centre de la glace
- Collision avec un adversaire
- Chute sur la glace
- Mise en échec par-derrière
- Collision avec le filet
- Bataille
- Coup surnois

Est-ce que le joueur blessé évoluait dans une ligue et une catégorie appropriées à son groupe d'âge?

Oui Non

L'activité était-elle sanctionnée par Hockey Canada?

Oui Non

ENDROIT

- Zone défensive Zone offensive Zone neutre
- Derrière le filet 1 m de la bande Aire des spectateurs
- Stationnement Vestiaire Banc
- Autre : _____

ÉQUIPEMENT PORTÉ LORS DE LA BLESSURE

- Protecteur facial complet
- Protecteur buccal
- Demi-protecteur facial/visière
- Protège-cou
- Casque sans protecteur facial
- Sans casque ni protecteur facial
- Gants courts
- Gants longs

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Est-ce que le joueur a déjà subi cette blessure? Oui Non

Si « OUI », il y a combien de temps? _____

Est-ce qu'une punition a été imposée à la suite de l'incident? Oui Non

Absence prévue du hockey?

- 1 semaine 1-3 semaines
- + 3 semaines

DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

(annexer une feuille au besoin)

J'autorise, par la présente, tout endroit préférant des soins médicaux, médecin, dentiste ou toute autre personne m'ayant soigné ou examiné ou ayant soigné ou examiné mon enfant, à fournir à Hockey Canada tous les renseignements relatifs à toute maladie ou blessure, tout antécédent médical, toute consultation, ordonnance ou tout traitement ainsi que des copies de tout rapport du dentiste, de l'hôpital ou du médecin. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera réputée aussi valable que l'original.

Signé : _____

(Parent ou tuteur si moins de 18 ans)

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE

(doit être rempli par un officiel de l'équipe)

Association : _____

Nom de l'équipe : _____

Officiel de l'équipe (en caractères d'imprimerie) : _____

Poste de l'officiel de l'équipe : _____

Signature : _____

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-MALADIE

À REMPLIR AU COMPLET SANS QUOI LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE SERA RETARDÉ

Occupation : Employé à temps plein Employé à temps partiel
 Sans emploi Étudiant à temps plein

Employeur (s'il s'agit d'un mineur, indiquez l'employeur d'un parent): _____

1. Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? Oui Non Province : _____

2. Êtes-vous couvert par une autre assurance? Oui Non
(Si « OUI », PRÉSENTEZ VOTRE DEMANDE DE RÉGLEMENT À VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

3. Une demande de règlement a-t-elle été présentée? Oui Non
(Si « OUI », VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR LE SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

Indemnité payable à : Personne blessée Parent Équipe Autre : _____

APPROBATION
de la division

