

RAPPEL : Le rapport d'incident en ligne est un outil formidable qui nous permettra d'effectivement recueillir et analyser des renseignements sur l'incident. Cette déclaration garantira non seulement la conformité en matière d'assurance, mais permettra également de mettre en œuvre, de façon proactive, des mesures préventives ainsi que des programmes de sécurité qui sont les meilleurs de leur catégorie.

Veillez trouver ci-dessous les questions auxquelles vous devrez répondre en ligne lorsque vous remplissez le formulaire de rapport d'incident en ligne.

RAPPORT D'INCIDENT EN LIGNE – QUESTIONS

Nom du club ou de l'école de patinage: *(Obligatoire)*

Numéro d'identification du club ou de l'école de patinage de Patinage Canada: *(optionnel)*

Nom de la personne responsable au moment de l'incident: *(Obligatoire)*

Numéro à 10 chiffres de Patinage Canada de la personne responsable au moment de l'incident: *(optionnel)*

Numéro de téléphone principal de la personne responsable au moment de l'incident: *(optionnel)*

Courriel de la personne responsable au moment de l'incident ou l'adresse courriel du club ou de l'école de patinage: *(Obligatoire)*

RENSEIGNEMENTS SUR L'INCIDENT

Nom du membre impliqué dans l'incident: *(Obligatoire)*

Date de naissance (JJ / MM / AAAA): *(Obligatoire)*

Numéro à 10 chiffres du membre de Patinage Canada: *(Obligatoire)*

Adresse du membre inscrit – rue, ville, province, code postal: *(Obligatoire)*

Numéro de téléphone principal: *(Obligatoire)*

Courriel du membre inscrit: *(Obligatoire)*

Date de l'incident (JJ / MM / AAAA): *(Obligatoire)*

Y avait-il une surveillance vidéo (encercler la réponse): OUI NON

Endroit de l'incident (encercler la réponse): *(Obligatoire)*

- Sur la glace durant les séances de patinage régulières
- Hors glace au club ou à l'école de patinage
- Sur glace durant une compétition
- Conférence/reunion
- Véhicule (accident de voiture) – voir la dernière page pour plus d'informations à compléter
- Autre - doit identifier en fournissant une description

Description de l'incident: *(Obligatoire)*

Y a-t-il eu des blessures : (encercler la réponse): *(Obligatoire)* OUI NO

Gravité des blessures (encercler la réponse): *(Obligatoire)*

- Blessure grave (rétablissement de 9 à 18 mois)
- Blessure de gravité moyenne (rétablissement de 3 à 6 mois)
- Blessure légère (rétablissement de 3 à 8 semaines)
- Blessure très légère (rétablissement de 1 à 2 semaines)
- Inconnu

Type de blessure (encercler la réponse): *(Obligatoire)*

Écorchure	Brûlure	Commotion
Contusion	Coupure	Dislocation
Fracture	Traumatisme crânien	Inflammation
Pression des lacets	Lacération	Perte de conscience
Claquage musculaire	Ponction	Entorse
Foulure	Fracture de stress	Déchirure
Tendinite	Autre – <i>(doit identifier)</i>	

Endroit de la blessure (encercler la réponse): *(Obligatoire)*

Ligament croisé antérieur du genou	Yeux	Bras inférieur	Haut du bras
Cheville	Visage	Bas du dos	Haut du dos
Dos	Doigt	Bas de la jambe	Haut de la jambe
Fesses	Pied	Bouche	Poignet
Poitrine	Main	Cou	Inconnu
Organes génitaux	Tête	Épaule	Autre – <i>(doit identifier)</i> :
Aine	Hanche	Estomac	
Coude	Genou	Orteil	

Cause de la blessure (encercler un ou plusieurs causes ou autre) *(Obligatoire)*

Mauvais état de la glace	Coup de lame	Médicament	Technique
Vêtements	A omis de suivre les instructions	Mauvaise conduite	Météo
Substance contrôlée	Chute sur la glace	Activité nouvelle ou accrue	Manque de supervision
Obscurité	A tombé/glisser hors de	Surmenage	Manque de supervision

	la glace		
Déshydratation	Spectateur hostile	Échauffement insuffisant	Autre (<i>doit identifier</i>):
Drogue/alcool	Impact	Posture	
Défaillance de l'équipement	Mauvais équipement	Blessure préexistante	
Dépassement des capacités	Mauvaises instructions	Pronation	
Épuisement	Éclairage	Psychologique	

Commentaires sur la blessure:

A-t-on obtenu une aide médicale (encercler la réponse): (*Obligatoire*) OUI NO

Qui a fourni une aide médicale (encercler la réponse): (*Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente*)

- Premier intervenant
- Infirmier
- Ambulancier paramédical
- Médecin/praticien
- Autre (*doit identifier*):

Est-ce que la personne blessé a été transporté à un hôpital / clinique (encercler la réponse): (*Obligatoire*) OUI NO

Nom de l'hôpital ou de la clinique: (*Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente*)

Nom du praticien/médecin:

Comment est-ce que le membre inscrit blessé a été transporté à l'hôpital ou à la clinique (encercler la réponse): *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

- Par ambulance
- Par sa / son propre véhicule
- Par véhicule en tant que passager
- Par transport public (taxi, autobus, etc.)

A-t-on contacté le service de police (encercler la réponse): OUI NO

Nom de l'agent:

Numéro d'insigne de l'agent et le nom du poste de police:

Numéro du rapport de police de l'incident ou de l'accident:

Commentaire:

A-t-on contacté les parents / tuteurs ou partenaires (encercler la réponse): *(Obligatoire)* OUI NO

Nom du parent / tuteur ou partenaire: *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

Relation ou rôle: *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

Numéro de téléphone principal: *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

Courriel du parent / tuteur ou partenaire: *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

A-t-on contacté d'autres personnes (encercler la réponse): *(Obligatoire)* OUI NO

Coordonnées: *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

Est-ce que quelqu'un a été témoin de l'incident ou de l'accident
(encercler la réponse): *(Obligatoire)* OUI NO

Nom du témoin: *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

Courriel du témoin: *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

Numéro de téléphone principal:

Est-ce que d'autres personnes ont été témoins (encercler la réponse): *(Obligatoire)* OUI NO

Coordonnées: *(Obligatoire si vous avez répondu oui à la question précédente)*

RENSEIGNEMENTS SUR LE VÉHICULE ET DÉTAILS : *(Obligatoire si impliqué dans un accident de voiture)*

Nom du conducteur: *(Obligatoire)*

Adresse du conducteur – rue, ville, province, code postal, pays: *(Obligatoire)*

Nombre de passagers dans le véhicule: *(Obligatoire)*

Numéro de la plaque d'immatriculation: *(Obligatoire)*

Nom de la compagnie d'assurances et numéro de la police: *(Obligatoire)*

Est-ce qu'un autre véhicule était impliqué (encercler la réponse): *(Obligatoire)* OUI NO

Nom du conducteur: *(Obligatoire)*

Adresse du conducteur – rue, ville, province, code postal, pays: *(Obligatoire)*

Nombre de passagers dans le véhicule: *(Obligatoire)*

Numéro de la plaque d'immatriculation: *(Obligatoire)*

Nom de la compagnie d'assurances et numéro de la police: *(Obligatoire)*

IMPORTANT

La version imprimable est de permettre à l'enregistrement immédiat de l'incident seulement.

L'information recueillie sur la version imprimable doit être soumise à travers le Rapport d'incident en ligne, au plus tard trente (30) jours suivant la date de l'incident.

Pour remplir et soumettre le rapport d'incident, veuillez consulter :

www.patinagecanada.ca -> Centre d'info -> Sport sécuritaire -> Rapport d'incident